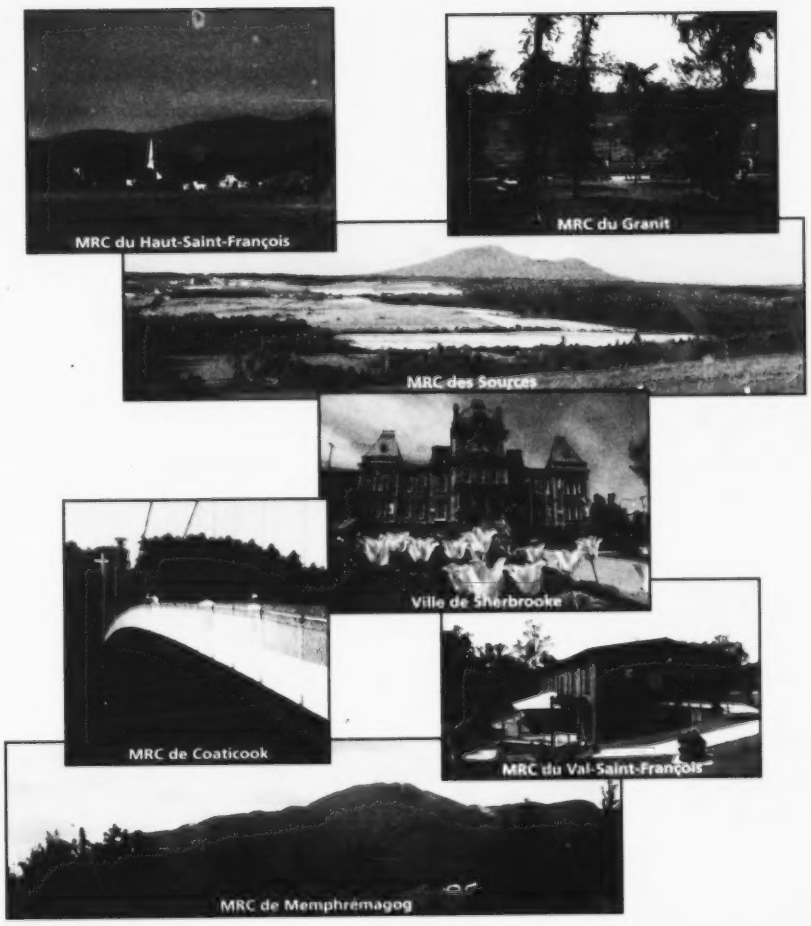
Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2007-2008



ESTRIE

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION
2007-2008

Adopté par le conseil d'administration
Le 8 octobre 2008

Ce document a été produit par :

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Coordination
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Rédaction
Toutes les directions de l'Agence

Graphisme de la page couverture
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Révision des textes, mise en page et correction
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Diffusion
Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

Dépôt légal
ISBN 978-2-921776-60-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-921776-61-5 (version PDF)
Bibliothèque et archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives du Canada

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Pour obtenir copie de ce document, vous pouvez communiquer avec la Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines de l'Agence, au numéro suivant : 819 829-3400, poste 42548. Ce document est également disponible sur le site Internet de l'Agence, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS VII

1. Le message du président-directeur général et du président du conseil d'administration de l'Agence 1

2. La déclaration sur la fiabilité des données 3

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence 5

3.1 La mission 5
3.2 Le territoire couvert et sa population 7
3.3 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux 7
3.4 Les organismes communautaires 7
3.5 Le conseil d'administration 8
3.6 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 8
3.7 Le Forum de la population 8
3.8 Le Comité de vigilance et de la qualité 10
3.9 Le Comité des usagers 10
3.10 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 11
3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 13
3.12 La Table des chefs de département de médecine spécialisée 15
3.13 La création du Comité régional sur les services pharmaceutiques 16
3.14 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités 17

4. Les dossiers prioritaires 21

4.1 La Direction des affaires médicales et universitaires 21
4.1.1 Les services généraux 21
4.1.2 La santé physique 21
4.1.3 La santé mentale 22
4.2 La Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines 23
4.2.1 La planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012 23
4.2.2 L'accessibilité 24
4.2.3 La planification stratégique pluriannuelle 25
4.3 La Direction de l'organisation des services 25
4.3.1 La santé mentale 25
4.3.2 L'imagerie médicale 26
4.3.3 La déficience intellectuelle – Troubles envahissants du développement et déficience physique 26
4.3.4 Les maladies chroniques 27
4.4 La Direction de santé publique et de l'évaluation 29
4.4.1 La direction 29
4.4.2 Le Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation 30
4.4.3 Le Service de la prévention-promotion de la santé 30
4.4.4 Le Service de la santé au travail 37
4.4.5 Le Service de la protection de la santé publique 38
4.5 La Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles 41
4.5.1 Le volet Immobilisations 41
4.5.2 Le volet Ressources financières 42
4.5.3 Le volet Ressources informationnelles 42

5. Le soutien et la coordination du réseau 45

5.1 Les ressources humaines 45
5.1.1 Le développement régional des ressources humaines 45
5.2 La qualité et la prestation sécuritaire des services 47
5.2.1 La protection des droits des usagers et des usagères 47
5.2.2 Les visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée 47
5.2.3 Les relations avec le Curateur public 47
5.2.4 Les relations avec le Bureau du Coroner 48
5.2.5 La certification des résidences pour personnes âgées 48
5.2.6 La qualité des services 48
5.2.7 La gestion des risques 49
5.2.8 La démarche d'agrément 49
5.2.9 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques 50
5.2.10 Le traitement des plaintes 50
5.2.11 La satisfaction des usagers et des usagères 51

6. Les organismes communautaires 53

6.1 Le respect des règles et des normes de gestion 53
6.2 Le contrôle de la conformité 53
6.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 53

7. Les données financières 55

7.1 Le rapport de la direction 55
7.2 Les états financiers de l'Agence 56
7.2.1 Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 57
7.2.2 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 58
7.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2008 60
7.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2008 60
7.2.5 L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 61
7.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 63
7.2.7 Les notes aux états financiers condensés 64
7.3 Les allocations des ressources financières aux établissements 72
7.3.1 Les allocations 2007-2008 72
7.3.2 Les autorisations d'emprunt 73
7.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire 73
7.4 L'allocation des ressources aux organismes communautaires 74

8. Les défis des prochaines années 81

ANNEXES

Annexe 1 - L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2008 ..... **85**

Annexe 2 - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs **87**
La déclaration de principe 87
Les devoirs et obligations 88
La confidentialité et les conflits d'intérêts 88
Les activités politiques 89
Les règles relatives aux assemblées 89
L'intégrité 89
L'application du code 89
La publicité du code 90

Annexe 3 - Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2007-2008 ..... **91**
La déclaration de fiabilité des données 91
Les fiches de reddition de comptes 93

Annexe 4 - Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie **141**

AVANT-PROPOS

En vertu des articles 385.7, 385.8 et 391 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le rapport annuel d'une agence doit contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire. Le rapport annuel de gestion de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (Agence), pour 2007-2008, veut donc répondre aux exigences de la loi et du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) quant à l'information que celui-ci doit obtenir, conformément à la circulaire 2008-002.

Enfin, le conseil d'administration de l'Agence tient à souligner la collaboration étroite et soutenue du personnel de l'Agence, ainsi que celle des établissements et des organismes communautaires, au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population estrienne.

1. Le message du président-directeur général et du président du conseil d'administration de l'Agence

Dr Michel Baron

Me Denis Paré

L'année 2007-2008 a été une intense période de consolidation et d'amélioration des services. Le gouvernement a alloué des montants importants pour le développement, en plus de supporter les régions comme la nôtre en besoin de rattrapage quant à l'équité interrégionale. Ceci nous a permis d'atteindre les objectifs prioritaires convenus en début d'année avec l'ensemble des établissements et des autres partenaires du réseau.

La priorité numéro un était l'amélioration de l'accessibilité aux services dans tous les programmes, mais de façon particulière dans des programmes avec des lacunes pour l'accessibilité, soit les services :

- médicaux et généraux de première ligne;
- spécialisés en santé physique;
- de première et de deuxième ligne en santé mentale;
- de première ligne en déficience physique, en jeunesse, en dépendance, en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement;
- de deuxième ligne en déficience physique pour les 0 à 5 ans;
- de deuxième ligne en déficience intellectuelle pour l'accès à l'hébergement.

Grâce à la collaboration des intervenants et des intervenantes du réseau, nous avons constaté des progrès importants dans tous ces domaines. Les efforts devront cependant être poursuivis en 2008-2009, particulièrement pour les services diagnostics d'imagerie et pour ceux de première ligne en jeunesse et en santé mentale. De même, des énergies et des ressources supplémentaires devront être consacrées au cours de la prochaine année à la prise en charge des clientèles vulnérables, en particulier les clientèles orphelines.

Le deuxième dossier prioritaire a été et continuera d'être, en 2008-2009, celui des ressources humaines. Un vaste chantier a été entrepris en 2007 et a mené à une planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012. L'ensemble des intervenants et des intervenantes du réseau ont convenu d'une série de mesures à appliquer pour chaque année afin d'attirer, de former et de retenir une main-d'œuvre qualifiée. Le réseau d'enseignement a été mis à contribution et participe à plusieurs mesures. Le niveau de concertation en région nous rend optimistes quant à la réussite des objectifs fixés, malgré les pénuries actuelles et appréhendées.

En santé publique, les initiatives visant la promotion et la prévention se sont intensifiées. La promotion de saines habitudes de vie et la prévention très tôt dans l'enfance sont les moyens privilégiés pour améliorer, à long terme, la santé de la population et pour diminuer la pression sur le réseau des services de santé et des services sociaux.

Depuis cinq ans, nous profitons d'investissements continus pour améliorer les infrastructures du réseau. En Estrie, en plus du rehaussement important des enveloppes de maintien d'actifs, de rénovation fonctionnelle et de haute technologie, nous avons bénéficié d'investissements majeurs pour le développement du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog. Ces projets sont en voie de réalisation et seront terminés en 2008-2009. Bientôt, les étapes finales pour le Centre femme-jeunesse-famille du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont seront franchies et nous pourrons amorcer les travaux de la phase de transition, une première étape de 8 millions de dollars.

Quant au projet prioritaire en informatique, il chemine très bien et devrait se terminer en 2009-2010, et ainsi permettre l'implantation du Dossier de santé du Québec. Ce sont tous là des investissements majeurs qui contribuent à soutenir l'amélioration des services, tout en aidant l'économie locale et régionale.

L'objectif « Partenaires pour un véritable réseau » devient de plus en plus réalité. Les travaux régionaux du projet clinique sont maintenant terminés et chaque établissement a convenu, avec ses partenaires, de plans d'action concrets axés sur les besoins de la clientèle. Tout en demeurant centrés sur leur mission, les centres de santé et de services sociaux et les établissements de deuxième ligne se préoccupent du cheminement du client dans le réseau. Ils ont mis en place, avec tous les intervenants et les intervenantes, dont les organismes communautaires, des mécanismes pour accompagner la personne en besoin de services dans le réseau pour faciliter l'accès. Les frontières entre les différents niveaux de services, entre la première et la deuxième ligne, entre les services communautaires et les soins en établissement, disparaissent peu à peu pour laisser place à une collaboration continue visant à donner des services de qualité, par la bonne personne et dans des délais raisonnables.

Les dossiers ont été nombreux. Le présent rapport fait état de tous les travaux de chaque direction de l'Agence au cours de la dernière année. Chaque chapitre identifie les priorités de l'année et les actions entreprises pour rencontrer les objectifs fixés. Vous trouverez également le compte rendu habituel sur les activités de l'Agence et les rapports financiers faisant état de la situation financière de notre réseau de santé et de services sociaux.

Nous remercions tout le personnel de l'Agence pour leur dévouement et leur engagement à bien servir la population. Merci à tous les partenaires du réseau qui ont à cœur de maintenir un grand esprit de collaboration, pour assurer à chaque citoyen et citoyenne un accès à des services de qualité.

La population de l'Estrie a donné récemment une très bonne évaluation au système de santé. La direction de l'Agence est consciente de ses responsabilités et poursuivra les initiatives visant l'amélioration de la performance du réseau de services. Augmenter la productivité, changer les façons de faire, prioriser davantage, simplifier les processus et, surtout, rechercher et favoriser l'engagement de tous les personnels impliqués demeurent les moyens à notre disposition pour assurer, à long terme, la pérennité du système de santé.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Me Denis Paré
Président du conseil d'administration

2. La déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2007-2008 de l'Agence :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

3. Le rôle et l'état général du fonctionnement de l'Agence

3.1 La mission

La mission de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie consiste à veiller au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de sa population, et à lui assurer l'accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à ses besoins, et ce, en partenariat avec les établissements, les organismes communautaires et les autres partenaires concernés.

L'Agence exerce les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de mise en réseau de services, de surveillance, de promotion et de protection de la santé publique, de financement, d'allocation de ressources humaines, et de services généraux et spécialisés.

Les principaux mandats de l'Agence sont définis à l'article 340 de la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). À cette fin, l'Agence a pour objet de :

- assurer la participation de la population à la gestion du réseau;
- assurer le respect des droits des usagers et des usagères;
- s'assurer d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers et usagères;
- faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi;
- allouer les budgets destinés aux établissements, accorder les subventions aux organismes communautaires et attribuer les allocations financières aux ressources privées;
- coordonner les activités médicales particulières, les activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement, et favoriser leur collaboration avec les autres agents et agentes de développement de leur milieu;
- coordonner les services avec ceux offerts dans les autres régions;
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale, des individus, des familles et des groupes :
  - informer sur l'état de santé de la population, les problèmes de santé prioritaires, les groupes vulnérables, les facteurs de risques, les interventions efficaces;
  - identifier des situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population;
  - mettre en place des mesures de protection de la santé publique;
  - développer une expertise en promotion et en prévention;
  - identifier des situations où une activité intersectorielle s'impose;
- assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles;
- exercer les responsabilités prévues à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*;
- évaluer les résultats de la mise en œuvre de son plan stratégique et assurer la reddition de comptes en fonction des cibles nationales et régionales, et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus;

- soutenir les établissements dans l'organisation des services;
- intervenir auprès des établissements pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population ou, à défaut d'entente, préciser la contribution attendue de chacun des établissements;
- permettre aux établissements l'utilisation de nombreux modèles d'ententes types;
- s'assurer des mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements;
- développer des outils d'information et de gestion pour les établissements et les adapter à leurs particularités;
- développer des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services, et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développer des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits des usagers et des usagères;
- exécuter tout autre mandat que le ministre lui confie;
- assurer la sécurité et la confidentialité des renseignements personnels ou confidentiels (art. 371);
- élaborer, en tenant compte des orientations déterminées par le ministre et des politiques qu'il établit, et en collaboration avec les établissements et les organismes concernés, des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines, et veiller à leur application (article 376);
- veiller au respect des orientations et des priorités en matière de santé et de bien-être, en regard du respect des priorités définies à l'article 346;
- délivrer la certification à l'exploitant d'une résidence pour personnes âgées si, après vérification, celui-ci remplit les conditions prévues (article 346.0.7);
- faire une inspection dans une résidence pour personnes âgées dont l'exploitant est titulaire d'un certificat de conformité, afin de vérifier dans quelle mesure cet exploitant remplit les conditions prévues (article 346.0.8);
- élaborer, en collaboration avec les établissements, un programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise, pour les personnes d'expression anglaise, dans les centres exploités par les établissements (article 348);
- favoriser l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux qui est respectueuse des caractéristiques des communautés culturelles, en concertation avec les organismes représentatifs de ces communautés culturelles et les établissements (article 349).

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Agence met de l'avant les valeurs suivantes :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

3.2 Le territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 104 km² divisé en six MRC et un territoire équivalent, soit celui de la Ville de Sherbrooke. Il dessert une population de 304 624 personnes, sans compter une clientèle hors région qui requiert des ressources correspondant à près de 12 % des hospitalisations effectuées annuellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MRC ou Territoire	Population 2007*	Superficie (km²)
MRC des Sources	14 117	777,35
MRC de Coaticook	18 766	1 331,83
MRC du Granit	22 520	2 731,80
MRC du Haut-Saint-François	22 061	2 193,57
MRC du Val-Saint-François	29 137	1 380,41
MRC de Memphrémagog	46 468	1 323,20
Ville de Sherbrooke	151 555	366,00

* La population pour l'année 2007 est évaluée selon les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec.

3.3 Le réseau d'établissements de santé et de services sociaux

Au 31 mars 2008, la population estrienne était desservie par 17 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
Centres de santé et de services sociaux	7	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée		3
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
• alcoolisme et toxicomanie	1	
• déficience intellectuelle	2	
• déficience physique	1	
• mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier universitaire	1	

Deux établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.4 Les organismes communautaires

Les 125 organismes communautaires financés se sont partagé la somme totale de 14 540 664 $ en 2007-2008. Le montant alloué par l'Agence aux organismes de promotion et de services à la communauté a été de 12 046 512 $, alors que les organismes de maintien à domicile se sont vu allouer 2 494 152 $. On trouve, au point 7.4, la liste complète des allocations relatives au Programme régional de soutien aux organismes communautaires.

3.5 Le conseil d'administration

Au 31 mars 2008, le conseil d'administration était composé des personnes suivantes :

- M. Jasmin Audet, Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie
- M. Gérald Badger, organismes socioéconomiques
- Mme Lynda B.-Provencher, membre cooptée
- Mme Madeleine Bélanger, membre cooptée
- Mme Suzanne Boulanger, membre cooptée
- Dr Robert Cloutier, Département régional de médecine générale
- Dr Pierre Cossette, Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
- Mme Lise Drouin-Paquette, **vice-présidente**, organismes socioéconomiques
- M. Pierre Gendron, milieu syndical
- Mme Danielle Lareau, Commission infirmière régionale de l'Estrie
- M. Marc Lauzière, Université de Sherbrooke
- Mme Louise Lévesque, organismes communautaires
- Mme Yolande Nantel, secteur public de l'enseignement
- M. Denis Paré, **président**, établissements autres que les centres de santé et de services sociaux, et les centres d'hébergement et de soins de longue durée
- M. Alex G. Potter, centres de santé et de services sociaux ou centres d'hébergement et de soins de longue durée
- M. Marc Quessy, comités des usagers des établissements
- M. Michel Baron, **secrétaire**, président-directeur général de l'Agence

3.6 Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration

Le code d'éthique et de déontologie porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration, à titre d'administrateurs publics.

Le code affirme les valeurs de l'organisation et précise les conduites attendues de chacun et de chacune. Il traite des règles relatives à la confidentialité et aux conflits d'intérêts, de l'interdiction des pratiques reliées à la rémunération, et des obligations des administrateurs après la cessation de leurs fonctions. Il énonce aussi des règles relatives aux assemblées du conseil d'administration.

En vertu de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30) et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics*, le code d'éthique et de déontologie des administrateurs doit être accessible au public. Il est donc produit à l'annexe 2.

Enfin, pour l'année 2007-2008, aucun manquement à ce code n'a été signalé.

3.7 Le Forum de la population

Le Forum de la population est une instance qui recueille le point de vue de quinze citoyens et citoyennes, et qui formule des avis au conseil d'administration de l'Agence, après avoir débattu de questions sur l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux.

La participation des citoyens et des citoyennes au Forum consiste à se prononcer sur les moyens à privilégier pour consulter la population sur divers sujets de santé et de bien-être, pour répondre aux besoins de la population et pour améliorer sa satisfaction à l'égard des soins et des services.

Le Forum de la population est responsable envers le conseil d'administration de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles, et pour mieux répondre aux besoins en matière d'organisation de tels services.

De plus, l'Agence doit prendre avis du Forum aux fins d'élaborer son plan stratégique pluriannuel, et consulter le Forum avant de mettre en œuvre son plan régional de santé publique.

Au 31 mars 2008, le Forum de la population était composé des quatorze personnes suivantes, un membre s'étant désisté :

- M. Georges Allard
- M. Pierre-Hugues Boisvenu
- Mme Lise Drouin-Paquette
- M. Jean-Claude Dumas
- Mme Sylvie Harvey, **vice-présidente**
- Mme Odette Michaud
- M. Samuel Morin
- M. Yan Quirion (remplacé par Jacques Talbot)
- M. Claude Quintin, **président**
- Mme Hélène Rouleau
- Mme Ginette Simoneau
- M. Dan Paul Soroceanu
- M. Jn-Guy St-Gelais
- Mme Chantal Vallée
- M. Raymond Yates

Les réalisations

Depuis le 1er avril 2007, les membres du Forum de la population se sont réunis à cinq reprises. Le taux de participation globale des membres à ces rencontres a été de 78 %. Depuis leur entrée en fonction, deux membres ont démissionné. Les remplacements ont été faits à partir de la liste des membres substituts.

Comme le prévoient les règles de fonctionnement du Forum, les membres ont procédé le 22 mai 2007 aux nominations annuelles à la présidence et à la vice-présidence du Forum. Il s'agit de monsieur Claude Quintin, à la présidence, et de madame Sylvie Harvey, à la vice-présidence.

Depuis le début de leur mandat, les membres du Forum ont reçu les informations relatives à :

- la présentation « Partenaires pour un véritable réseau » qui trace les grandes lignes du réseau sociosanitaire estrien, la transformation marquée à la suite des modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et les enjeux auxquels fait face l'Estrie;
- le mandat et les règles de fonctionnement du Forum;
- les attentes de l'Agence à l'endroit des membres;
- les rôles et les responsabilités de l'Agence à partir de l'organigramme de l'Agence et des articles de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, relatifs aux responsabilités et aux fonctions particulières de l'Agence.

Les membres ont pu échanger et apporter leurs suggestions sur les dossiers suivants :

- l'accessibilité de l'information contenue dans le rapport annuel de l'Agence;
- l'élaboration d'un plan de communication pour la diffusion du « Bilan 2003-2007 : Partenaires pour un véritable réseau »
- l'utilisation du document de soutien du Ministère « La participation citoyenne » et les responsabilités du Forum de la population;
- la promotion des droits des usagers et des usagères;
- le site Web de l'Agence.

À la suite de la présentation du projet de plan d'action intégré en promotion des droits, quatre membres du Forum ont manifesté leur intérêt à participer aux rencontres et ont été invités aux réunions du groupe de travail : madame Odette Michaud, monsieur Jn-Guy Saint-Gelais, monsieur Georges Allard et madame Ginette Simoneau.

À chacune des rencontres du Forum, un point d'information sur les décisions du conseil d'administration est fait par madame Lise Drouin-Paquette, vice-présidente du conseil d'administration de l'Agence.

3.8 Le Comité de vigilance et de la qualité

Le Comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres en 2007-2008.

Les sujets abordés ont été :

- les règles d'éthique et de déontologie du comité;
- l'adoption de nouvelles lignes directrices pour le traitement de signalements à l'endroit des ressources privées en remplacement du protocole adopté en 2003;
- le suivi des plaintes traitées en 2007-2008 par l'Agence;
- l'appropriation du concept « qualité des services » incluant le traitement des plaintes;
- la réception et le suivi du rapport du commissaire régional concernant les pistes d'amélioration pour les services préhospitaliers d'urgence.

Les membres du comité sont :

- M^me^ Lise Drouin-Paquette, membre du conseil d'administration et **présidente** du comité
- M^me^ Louise Lévesque, **vice-présidente**
- M. Marc Quessy, membre démissionnaire du conseil d'administration
- M. Pierre Richard, commissaire
- D^r^ Michel Baron, président-directeur général de l'Agence

3.9 Le Comité des usagers

L'Agence doit veiller à la mise en œuvre des mécanismes de participation de la population au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Parmi ces mécanismes, nous retrouvons les comités des usagers et de résidents, qui ont pour fonction de contribuer à l'amélioration de la qualité des services d'un établissement et à la promotion des droits des usagers et des usagères qu'ils représentent.

D'entrée de jeu, nous tenons à souligner l'implication des comités des usagers et de résidents, la régularité de leurs rencontres (en moyenne sept fois par année) et l'engagement des membres envers les personnes qui utilisent les services de leur établissement.

Le bilan des rapports d'activités des différents comités de la région démontre que tous les établissements répondent à l'obligation légale de mettre sur pied un comité des usagers et de résidents. Il faut cependant souligner les difficultés rencontrées à remplir les fonctions dévolues par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'utilisation des budgets en dépenses non-admissibles et l'adaptation aux modifications apportées à cette loi, par le projet de loi 83.

Ce bilan nous permet d'identifier certaines actions qui, en matière d'information et de diffusion d'outils, pourraient habiliter les membres des comités dans la réalisation de leurs mandats. Parmi ces actions, on retrouve : la formation, la sensibilisation des conseils d'administration aux rôles et aux responsabilités des comités, ainsi que la réalisation d'activités d'appropriation.

3.10 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2008, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants

M^me^ Nicole Bolduc, **présidente**	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ Marie-Claude Brunelle	Gestionnaire des soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Granit
M^me^ Linda Dieleman, **secrétaire**	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
M^me^ Joanne Faucher	Membre du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Alain Gagné	Membre du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers Center de santé et de services sociaux de Memphrémagog
M^me^ France Lacroix	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Cégep de Sherbrooke
M^me^ Danielle Lareau	Gestionnaire en soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
M^me^ Louise Nadeau	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
M. Hugues Provencher-Couture	Infirmier praticien Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ Chantal Tardif	Membre du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux des Sources
M^me^ Denyse Vincent, **vice-présidente**	Membre du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François

Membres observateurs

M^me^ Lucie Desrosiers	Infirmière chef d'unité des soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
M^me^ Marielle Lehoux-Bisson	Directrice des soins infirmiers Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M^me^ Lynda Périgny	Directrice de l'organisation des services Agence
Poste vacant	Membre observateur

La Commission infirmière régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières, d'infirmiers et d'infirmières auxiliaires représentant différents milieux de pratique des établissements de la région.

Au cours de l'année 2007-2008, soit sa septième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu cinq assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- l'étude de la planification stratégique 2006-2009 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;
- le Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé;
- le rôle de l'infirmière et de l'infirmier praticiens;
- la formulation d'un avis sur le Plan stratégique 2007-2012 en matière de planification de la main-d'œuvre;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Dépendances;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Jeunes en difficulté;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques.

3.11 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2008, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants	
M. Jasmin Audet, **président**	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Regroupement CNDE-Dixville
M^me^ Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ Nathalie Bolduc	Professionnel du domaine social Centre de santé et de services sociaux du Granit
M^me^ Hélène Corriveau	Représentante des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
M. Guy Lemire, **vice-président**	Représentant des cégeps de la région Cégep de Sherbrooke
M^me^ Thérèse Leroux	Représentante des domaines techniques Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M^me^ Lynda Périgny, **secrétaire**	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Martin Robert	Gestionnaire du domaine social Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
M^me^ Hélaine-Annie Roy	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
Vacant	Représentant des facultés et des écoles d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux Université de Sherbrooke
Vacant	Professionnel du domaine social
Vacant	Professionnel du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé
Vacant	Représentant des domaines techniques

Membres observateurs

M^me^ Cynthia Bourque	Psychoéducatrice Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François
M^me^ Linda Dieleman	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
Vacant	Membre observateur Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Vacant	Membre observateur

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique des établissements de la région, dans les domaines de la réadaptation et de la santé, ainsi que dans le domaine social.

Au cours de l'année 2007-2008, soit sa septième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu quatre assemblées ordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Dépendances;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Jeunes en difficulté;
- la formulation d'un avis sur les orientations régionales du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques.
- la formulation d'un avis sur le Plan stratégique 2007-2012 en matière de planification de la main-d'œuvre.
- la révision de la *Loi sur la protection de la jeunesse*;
- l'appel de candidatures pour les vacances à combler à la Commission;
- le Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé.

3.12 La Table des chefs de département de médecine spécialisée

Au 31 mars 2008, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée était composée des personnes suivantes :

Membres votants	
M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
M. Pierre Beauséjour, **président**	(À la présidence depuis le 6 février 2008) Département de psychiatrie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Pierre Chevrier	Département de médecine de laboratoire Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Pierre Cossette	Département de médecine Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Gilles Faust	Faculté de médecine et des sciences de la santé Université de Sherbrooke
M^{me} Paule Hottin	Département de psychiatrie Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
M. Gaétan Langlois	Département de chirurgie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Claude Lemoine	(Membre démissionnaire en date du 31 avril 2008) Département de pédiatrie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Jean-Marie Moutquin	Département de gynécologie-obstétrique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Michel Parent	Département d'anesthésiologie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. John Robb	Département de médecine Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog
M. Gérard Schmutz	Département d'imagerie médicale Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Membres observateurs

M. Adrian Pusca	Département de médecine Centre de santé et de services sociaux du Granit
M[me] Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
M. Philippe Lamontagne, **secrétaire**	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence
M. Patrice Laplante	Membre observateur Représentant du Département régional de médecine générale
M. Pascal Robichaud	Membre observateur Médecin résidant
M. Maurice Roy	Membre observateur Directeur des services professionnels Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Au cours de l'année 2007-2008, la Table régionale a siégé à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- le renouvellement du mandat du D[r] Pierre Cossette, à titre de représentant au conseil d'administration de l'Agence;
- la nomination d'un représentant au Réseau de soutien et validation par les pairs, comité ministériel soutenant le déploiement du Dossier de santé du Québec;
- la formulation de recommandations sur le Plan régional des effectifs médicaux spécialisés 2008;
- la formulation de propositions sur le Plan régional d'effectifs médicaux 2009;
- la participation aux travaux de déconcentration des services spécialisés de base, notamment en médecine interne, en psychiatrie et en radiologie;
- l'amélioration des communications entre spécialistes et omnipraticiens.

3.13 La création du Comité régional sur les services pharmaceutiques

Au 31 mars 2008, le Comité régional sur les services pharmaceutiques était composé des personnes suivantes :

M. Jean-Luc Trottier	Président du comité Représentant des pharmaciens et pharmaciennes propriétaires
M[me] Armelle Apter	Représentante des chefs de département des pharmacies d'établissement
M. Marc-Denis Hubert	Représentant des pharmaciens et pharmaciennes communautaires
M. Martin Turgeon	Représentant des pharmaciens et pharmaciennes en établissement
M. Michel Baron	Président-directeur général Agence

M[me] Édith Couture	Agente de planification, de programmation et de recherche Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Aux cours de l'année 2007-2008, le comité s'est réuni à quatre reprises et a réalisé les travaux suivants :

- la création d'un regroupement des pharmaciens et pharmaciennes en Estrie permettant la mise en place de modalités de communication avec les membres des quatre collèges électoraux;
- le déploiement des ordonnances collectives, volet de la contraception orale;
- l'établissement de liens entre les pharmaciens et pharmaciennes et la première ligne : la création d'un comité bipartite pour l'analyse de problématiques communes, notamment la represcription, la transmission électronique des profils pharmacologiques, etc.;
- la formulation d'avis sur les recommandations du Comité SARDM (Système automatisé et robotisé de distribution des médicaments);
- la participation au comité de direction du Département régional de médecine générale;
- la formulation d'avis sur le plan des mesures d'urgence, volet Pharmacie;
- le processus de nomination d'un pharmacien ou d'une pharmacienne au guichet d'accès en santé mentale pour chaque centre de santé et de services sociaux;
- la transmission des heures d'ouverture des cliniques médicales sans rendez-vous lors de la période des congés de Noël et la période estivale.

Afin de soutenir ces travaux, une banque d'heures a été attribuée pour rémunérer les représentants des pharmaciens et pharmaciennes communautaires siégeant au comité, ainsi que ceux et celles effectuant des travaux à titre de conseiller ou conseillère au comité.

3.14 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2008, le comité de direction du Département régional de médecine générale était composé des personnes suivantes :

Membres élus

M. Robert Cloutier	Médecin omnipraticien Catégorie « MRC hors Sherbrooke »
M. André Munger	Médecin omnipraticien Catégorie « CLSC »
M[me] Raymonde Vaillancourt, **chef du DRMG**	Médecin omnipraticien Catégorie « Cabinets privés »

Membres nommés

M^me^ Danielle Blais	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Haut-St-François
M. Denis Blanchard	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux des Sources
M. Richard Boulé	Département de médecine de famille Faculté de médecine et sciences de la santé Université de Sherbrooke
M. Daniel Brochu	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Granit
M. Marcel Arcand	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
M^me^ Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticien Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François
M. Patrice Laplante	Médecin omnipraticien Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M^me^ Marie-France Fournier	Professionnelle attachée au comité directeur Direction des affaires médicales et universitaires Agence

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
M^me^ Louise Soulière	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Au cours de l'année 2007-2008, le Département régional de médecine générale a tenu neuf assemblées ordinaires. Voici les différents dossiers qui ont été traités :

- le Plan régional des effectifs médicaux :
  - la gestion des règles, l'application et la mise à jour par territoire;
  - le recrutement des douze postes autorisés et la priorisation en fonction des pénuries des effectifs;
  - la réorganisation des services de première ligne et les projets cliniques;
- les activités médicales particulières :
  - la gestion des règles, des dérogations et leur mise à jour;
- les groupes de médecine familiale :
  - le support à l'élaboration et à la consolidation des groupes de médecine familiale;
  - la promotion du modèle.

De plus, en 2006-2007, les activités suivantes ont été réalisées :

- le calcul comparatif, par centre de santé et de services sociaux, du Plan régional des effectifs médicaux et des plans locaux d'effectifs médicaux des établissements, et leur pourcentage d'atteinte par sous-région. En plus, le calcul du Plan régional d'effectifs médicaux de première ligne a donné au Département régional de médecine générale un portrait des effectifs plus près de la réalité (problématique dans la MRC du Haut-Saint-François : plan régional d'effectifs médicaux à 69 %);
- la priorisation de postes dédiés aux nouveaux médecins arrivant en Estrie pour combler les plus grandes pénuries;
- le recrutement des douze postes autorisés au Plan régional d'effectifs médicaux (onze en 2005 et treize en 2006, dont cinq nouveaux facturants, en 2007, un sixième poste au Plan d'effectifs médicaux universitaires, et trois postes supplémentaires en mobilité, lesquels ont plus de 20 ans de pratique). Le sous-comité « Plan régional d'effectifs médicaux – Activités médicales particulières » a tenu huit rencontres;
- les travaux autorisant des postes « supplémentaires » pour répondre aux besoins d'enseignement (Plan d'effectifs médicaux universitaires). Il est à noter que les deux postes du Plan d'effectifs médicaux universitaires octroyés en Estrie se sont retrouvés l'un en sus des cinq postes de nouveaux facturants, et le deuxième à l'intérieur de sept postes de mobilité interégionale;
- la gestion des activités médicales particulières des groupes 1 à 4 et leur mise à jour par centre de santé et de services sociaux. Les dérogations des groupes 5 et 6 pour répondre aux besoins des sous-régions sans déstabiliser la deuxième ligne (points de services de Weedon et de Windsor, activités médicales particulières pour la prise en charge de patients sans médecin de famille, dits « orphelins »);
- le dépannage intrarégional pour les urgences en difficulté, dont celles de la MRC du Granit et des Sources qui ont et nécessitent une couverture de dépannage provincial, et l'aide d'activités médicales particulières de médecins urgentologues du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke;

- la demande d'attribution de bourses d'installation médicale dans la région de Saint-Ludger. Celle de Weedon demeure disponible depuis trois ans. Les demandes de forfait de garde en disponibilité (garde majorée) ont été accordées à la MRC du Haut-Saint-François;
- la représentation aux différentes tables de concertation de l'Agence et des centres de santé et de services sociaux sur les projets cliniques (comité de pilotage, comité de suivi des projets cliniques et comité sur l'organisation des services de première ligne);
- la désignation de médecins répondants pour l'élaboration des programmes-services et des orientations régionales et locales;
- les recommandations face aux orientations et aux priorités de services qui ont été émises dans les programmes-services suivants : Services généraux, Perte d'autonomie liée au vieillissement, Santé mentale, Santé physique : volet Cancer et soins palliatifs, Dépendances et Maladies chroniques. L'appréciation locale par centre de santé et de services sociaux sera faite au niveau des tables médicales territoriales;
- la mise en place de tables territoriales par centre de santé et de services sociaux (représentant du Département régional de médecine générale, du directeur des services professionnels et des chargés de projets) pour le projet clinique et certains projets connexes : la réadaptation cardiaque, le protocole de suivi d'anticoagulothérapie et les pratiques cliniques préventives. Le mandat et la constitution est en marche dans plusieurs centres de santé et de services sociaux avec une bonne représentativité des différents milieux. La Table médicale territoriale de Sherbrooke est fonctionnelle, de même que celle de Memphrémagog et du Haut-Saint-François;
- des travaux sur l'accessibilité au plateau technique du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke aux heures défavorables (pour les cliniques et les groupes de médecine familiale de la Ville de Sherbrooke et de la MRC du Haut-Saint-François);
- la mise sur pied et la consolidation de dix groupes de médecine familiale (accrédités), le support à l'élaboration de trois autres groupes et la réalisation d'un projet de regroupement des cliniques sans rendez-vous à Sherbrooke;
- l'animation de la Table des partenaires « Groupes de médecine de famille » et la mise sur pied des responsables administratifs des groupes de médecine familiale;
- l'élaboration d'un répertoire des cliniques et des groupes de médecine familiale incluant le médecin répondant, la secrétaire répondante, ainsi que les effectifs en place;
- des travaux sur l'offre de service médicale face à la grippe aviaire (mesures d'urgence pandémie);
- des travaux avec le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke sur les mécanismes d'accès à un médecin de famille, en priorisant la clientèle la plus vulnérable (équipe de triage avancé);
- le plan de communication (bulletin *Réseau-Estrie*) décrivant, entre autres, les travaux du Département régional de médecine générale.

4. Les dossiers prioritaires

4.1 La Direction des affaires médicales et universitaires

4.1.1 Les services généraux

En regard des services généraux, la priorité retenue est l'accessibilité aux services médicaux de première ligne. La pénurie d'effectifs médicaux, la difficulté éprouvée par environ 25 % de la population à avoir un médecin de famille, ainsi que les difficultés d'accès aux services de sans rendez-vous, particulièrement à Sherbrooke, justifient amplement cette priorisation. Trois mesures sont développées.

Le groupe de médecine familiale

Le groupe de médecine familiale demeure le modèle d'organisation médical privilégié en Estrie. À cet égard, le déploiement de nouveaux groupes ainsi que la consolidation de ceux déjà accrédités se poursuit. Dix groupes sont en fonction, trois sont en phase préparatoire. Les MRC d'Asbestos, de Coaticook et du Granit possèdent un groupe de médecine familiale. Deux groupes sont implantés au Memphrémagog et cinq à Sherbrooke. La direction vise la présence d'au moins un groupe de médecine familiale dans chaque MRC.

La clinique-réseau

Implanté surtout à Montréal et à Québec, le modèle des cliniques-réseaux pourrait trouver écho à Sherbrooke. Ce modèle doit être adapté à la réalité de Sherbrooke et constituerait une des solutions pour faciliter l'accès au sans rendez vous. Il aurait également l'avantage de réduire la pression sur les services d'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Un modèle développé en partenariat avec le Département régional de médecine générale et le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke est en élaboration.

Le guichet d'accès pour les clientèles n'ayant pas de médecin de famille

Un guichet est implanté à Sherbrooke. Il a permis de référer à des médecins de famille quelques centaines de patients aux prises avec des problèmes de santé importants. Toutefois, la disponibilité médicale demeure limitée et des stratégies sont en élaboration pour la rehausser. Des démarches sont en cours pour implanter un tel guichet dans toutes les MRC.

4.1.2 La santé physique

La priorité est l'accessibilité aux services médicaux spécialisés. Là, encore, l'accessibilité est réduite dans plusieurs spécialités, notamment en radiologie et dans certaines spécialités médicales. Cette accessibilité est indispensable pour rendre à la fois les services nécessaires à la population, mais aussi pour réduire la pression sur la médecine de première ligne qui doit compenser pour ce manque d'accès. L'offre de service est essentiellement concentrée au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, et se retrouve de manière inégale dans les autres établissements de l'Estrie. Les démarches suivantes sont en cours pour améliorer l'accès.

Le Plan régional des effectifs médicaux - spécialistes

En collaboration avec le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, les centres de santé et de services sociaux, ainsi qu'avec la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, la Direction des affaires médicales et universitaires dépose, chaque année, un plan d'effectifs au Ministère. L'ajout net de main-d'œuvre médicale étant très limité, les priorités de recrutement doivent être convenues et ciblées. Cette année, la radiologie, l'anesthésie, la médecine interne et la psychiatrie sont jugées prioritaires.

Le Plan de déconcentration des services médicaux spécialisés de base

Une démarche impliquant la Table de coordination du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie, la Table des directeurs des services professionnels, la Table des chefs de médecine spécialisée, ainsi que le Département régional de médecine générale, a permis de tracer un plan détaillant le niveau de service attendu dans les spécialités de base pour chacune des MRC. Ce plan couvre sept spécialités, soient la psychiatrie, la médecine interne, l'anesthésie, la chirurgie générale, la gynéco-obstétrique, la radiologie et la pédiatrie. La priorité a été accordée aux trois spécialités suivantes : médecine interne, radiologie et psychiatrie.

En regard de la médecine interne, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke rehaussera son accessibilité par la mise sur pied d'une clinique d'investigation rapide. Cette clinique permettra de répondre à des problèmes concernant différentes spécialités médicales, mais qui ne nécessitent pas obligatoirement une consultation dans ces spécialités.

En radiologie, un comité parrainé par la Direction de l'organisation des services, et auquel participe la Direction des affaires médicales et universitaires, vise l'amélioration de l'accès. Outre le rehaussement des ressources médicales, l'établissement de normes cliniques d'utilisation des examens radiologiques, incluant les délais acceptables, font l'objet de travaux.

4.1.3 La santé mentale

Là, encore, la priorité de travail est l'accessibilité aux services médicaux de première ligne et aux services spécialisés en psychiatrie. Deux modalités sont en développement.

Le guichet d'accès en santé mentale

Des comités de travail, impliquant les médecins de famille, les médecins psychiatres et les administrateurs de programme en établissement ont permis d'élaborer le guichet d'accès en santé mentale. Ce guichet offre la possibilité de coordonner les services de première et de deuxième ligne, et de s'assurer que les services donnés à un individu sont appropriés à son état. De plus, ce guichet s'inscrit dans une volonté de resserrer les liens entre tous les intervenants et les intervenantes et de briser la pratique en silo. L'expérimentation de ces guichets est prévue pour l'automne 2008.

Les soins partagés en santé mentale

Dans l'optique d'une collaboration plus étroite entre les médecins psychiatres et les médecins de famille, des modalités de travail ont été définies. Elles font appel, entre autres, à la notion du psychiatre répondant. Ce dernier sera d'un grand support pour aider le médecin de famille à prendre en charge la clientèle atteinte de problèmes de santé mentale, et optimisera l'utilisation des ressources spécialisées. Là, encore, ces modalités de travail seront déployées à l'automne 2008.

4.2 La Direction générale associée à la coordination et aux ressources humaines

4.2.1 La planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012

Le personnel salarié et d'encadrement

L'Agence a poursuivi la concertation et les actions sur les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre au plan régional, et ce, auprès du personnel salarié et d'encadrement. La Table régionale des ressources humaines a poursuivi l'actualisation du plan d'action régional en la matière.

De plus, en décembre 2007, le conseil d'administration de l'Agence, en concertation avec les établissements du réseau, a adopté le nouveau Plan stratégique 2007-2012 en matière de planification de la main-d'œuvre en Estrie.

Ce plan stratégique propose une approche systémique et concertée de la planification de la main-d'œuvre, où convergent aussi bien les actions locales et régionales d'un réseau de partenaires, que les orientations ministérielles.

En matière d'actions régionales posées en 2007-2008, dans le cadre de la planification de la main-d'œuvre en Estrie, la région a assuré l'actualisation des cinq dossiers suivants :

1. La planification de la main-d'œuvre pour le personnel salarié et d'encadrement :

   - la mise en œuvre de la planification stratégique régionale de la main-d'œuvre 2007-2012;
   - la réception et la recommandation des projets liés au Programme de prolongation de la carrière du personnel d'encadrement;
   - l'organisation du kiosque régional pour le Salon Priorité-Emploi (mars 2008);
   - la mise sur pied du Programme d'actualisation professionnelle en soins infirmiers (avril 2008);
   - la poursuite de la coordination et de la concertation des partenaires régionaux pour la réalisation des stages requis dans les programmes de formation en santé et en services sociaux, notamment pour ceux en cours, soit :
     - santé, assistance et soins infirmiers (infirmier et infirmière auxiliaire),
     - assistance aux bénéficiaires en établissement de santé, (préposé et préposée aux bénéficiaires),
     - assistance familiale et sociale aux personnes à domicile, (auxiliaire aux services de santé et aux services sociaux),
     - soins infirmiers (infirmier et infirmière);
   - la poursuite des travaux avec le Ministère et les autres agences, afin de mettre en place un système informatisé pour l'ensemble des programmes en santé et en services sociaux, tant aux plans professionnel, collégial et universitaire;
   - la poursuite des travaux touchant le projet PRIMOS (Partenariat régional d'intégration de la main-d'œuvre en santé) et PRIESH (Partenariat régional d'intégration des professionnels de la santé d'expression anglaise) (stagiaires anglophones).

2. Les systèmes d'information en ressources humaines, tels : SIRH, 1 2 3 GO PMO, PRASAT (Web) :

   - le support aux établissements.

3. L'organisation du travail :

   - la poursuite et la diffusion des projets d'organisation du travail novateurs et porteurs de résultats auprès des établissements, et le soutien pour l'implantation; par exemples : le Projet Apollo, le Projet de transformation de l'organisation du travail;
   - la poursuite de la réorganisation du travail dans tous les secteurs critiques.

4. L'attraction et la rétention :

   - la mise en œuvre du plan de communication.

5. La gestion de la présence au travail :

   - le suivi du plan d'action régional et des plans d'action locaux;
   - le transfert des données requises par les établissements;
   - la poursuite du projet pilote en santé psychologique au travail.

4.2.2 L'accessibilité

Les services aux personnes d'expression anglaise

En 2006-2007, l'Agence a procédé à la révision du Programme régional d'accessibilité des services de santé et des services sociaux en langue anglaise. Cette démarche à été réalisée en collaboration avec les représentants et les représentantes du milieu anglophone, ainsi qu'avec les partenaires et les établissements du réseau de la santé et des services sociaux estrien. Elle a permis de bâtir une offre de service adaptée aux besoins et aux attentes des personnes d'expression anglaise de la région. Le programme a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence, le 27 février 2007. La liste des établissements et des services qu'il a convenu de rendre accessibles en langue anglaise, aux cours des trois prochaines années, a été soumise au Ministère pour approbation.

Pour la deuxième année consécutive, le personnel de dix établissements de la région a participé au Programme de formation en anglais langue seconde, subventionné par Santé Canada. C'est grâce à une subvention de 135 000 $, allouée à l'Agence, dans le cadre du Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langues officielles en situation minoritaire, que le personnel ciblé a pu parfaire ses connaissances en langue anglaise.

Les services aux communautés culturelles

Les établissements et les organismes communautaires qui interviennent auprès des personnes qui ne parlent ni le français ni l'anglais ont eu accès à une enveloppe non récurrente de 23 000 $, afin de les soutenir dans leur mission.

La mesure de l'accessibilité aux services

Au cours de l'année 2007-2008, l'Agence a débuté la mesure des délais d'attente pour certains services de première ligne et services spécialisés. Les travaux visant à améliorer la qualité de cette information se poursuivront au cours de la prochaine année. Ces premières mesures ont permis d'amorcer réflexion et action dans quelques secteurs névralgiques.

4.2.3 La planification stratégique pluriannuelle

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence doit élaborer, en collaboration avec tous les partenaires du réseau, un plan stratégique pluriannuel. Ce plan tiendra compte des orientations ministérielles et respectera les standards d'accès, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus.

Tous les acteurs du réseau seront appelés à s'impliquer dans la démarche. Ils réfléchiront sur l'environnement interne et externe de notre région, afin d'identifier les enjeux, les forces et les secteurs à améliorer, et de développer un consensus sur les priorités, les résultats à atteindre et les stratégies d'action. L'affirmation de nos valeurs et la vision du devenir de notre réseau seront au cœur de la discussion.

Cette planification nous guidera jusqu'en 2011 pour l'élaboration de nos priorités annuelles, tout en étant un outil de communication avec la population.

Nous voulons, par cette démarche, mobiliser nos personnels, renforcer les liens de collaboration et, surtout, continuer à améliorer les services de santé et les services sociaux de notre région.

4.3 La Direction de l'organisation des services

4.3.1 La santé mentale

En vue de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves dans la région de l'Estrie, une démarche importante de révision de l'organisation des services résidentiels en santé mentale a été menée. Deux comités ont été mis sur pied pour soutenir et assurer le suivi des travaux, soit un comité d'expert et un comité de consultation.

Quatre résultats attendus ont été réalisés :

- l'élaboration et la mise à l'essai d'un outil d'évaluation des besoins de la clientèle avec troubles mentaux;
- l'amélioration du suivi systématique du mouvement de la clientèle hébergée dans les ressources résidentielles en santé mentale, par la mise à jour et la structuration de la banque de données, ainsi que par le développement d'indicateurs de suivi;
- l'implantation de l'évaluation du mécanisme régional d'accès à l'hébergement en santé mentale;
- le dépôt d'une proposition concernant la réorganisation des services résidentiels en santé mentale, pour pouvoir mieux répondre aux besoins de réadaptation, de réinsertion sociale et socioprofessionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux graves.

Pour soutenir la hiérarchisation et l'accès plus rapide au bon niveau de services de santé mentale, des travaux ont été menés conjointement avec la Direction des affaires médicales et universitaires, afin de proposer un modèle régional de guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale, devant être implanté dans chaque centre de santé et de services sociaux. Le modèle actuellement en consultation intègre la fonction de psychiatre répondant, qui assure le soutien clinique à l'équipe de base en santé mentale et aux omnipraticiens et omnipraticiennes de chacun des territoires.

Malgré de meilleurs arrimages avec les partenaires, les durées de séjour à l'urgence psychiatrique restent préoccupantes. Différentes mesures ont été mises en place dans le cadre d'un projet pilote présenté au Comité de coordination national des urgences, par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, avec la collaboration de l'Agence. Par ailleurs, même si les effets des actions concertées ne s'observent pas encore à l'urgence psychiatrique, on peut noter une nette amélioration des délais d'évaluation et d'intervention aux services ambulatoires des deux établissements.

4.3.2 L'imagerie médicale

Au cours de 2007-2008, trois comités régionaux ont été mis sur pied par l'Agence pour améliorer l'accessibilité aux services d'imagerie médicale en Estrie. Des travaux ont été menés sur plusieurs plans à la fois, soit :

- la sensibilisation des gestionnaires des établissements à des délais d'attente qui limitent l'accès à certains services d'imagerie médicale;
- la mise en place d'un mécanisme de suivi systématique des délais d'attente, qui s'est traduit par le développement d'un site Web régional d'informations sur ces délais;
- l'élaboration d'un plan d'action par le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, qui vise à diminuer les délais d'attente et les retards de lecture dans plusieurs secteurs de l'imagerie médicale au cours des prochaines années;
- l'amorce des travaux qui visent à améliorer l'utilisation des moyens d'investigation en imagerie médicale par les prescripteurs d'examens.

4.3.3 La déficience intellectuelle – troubles envahissants du développement et déficience physique

Le programme-services Déficience physique

Dans le prolongement des orientations régionales déjà adoptées en février 2007, l'accent a été mis tout particulièrement sur l'amélioration de l'accessibilité des services, tant en première ligne qu'en deuxième ligne. À cette fin, diverses allocations ont été consenties, entre autres, pour consolider ou rehausser l'offre de service.

Les services de première ligne

Bien que la cible du nombre de personnes à desservir n'ait pas été atteinte, celle du nombre d'heures d'intervention en soutien a été largement dépassée. Il y a eu un relèvement de la tarification horaire pour l'allocation directe, dans le cadre du chèque emploi/services pour l'aide à domicile. Cet ajout favorise la rétention de cette main-d'œuvre. Une allocation additionnelle a été consentie au Programme d'adaptation de domicile, afin d'accélérer la réalisation d'évaluations des besoins d'aménagement pour des personnes handicapées vivant à domicile.

Les services de deuxième ligne

Des allocations ont aussi été allouées afin de soutenir l'implantation de nouvelles pratiques qui ont contribué à améliorer l'accessibilité aux services de réadaptation, particulièrement pour ceux destinés aux enfants d'âge préscolaire. D'ailleurs, les résultats obtenus en témoignent : prise en charge plus rapide et diminution du nombre de jours d'attente. De plus, il y a eu, pour l'ensemble de la clientèle des personnes handicapées, un accroissement du nombre de personnes desservies, et ce, pour tous les types de clientèle (déficience motrice, déficience visuelle, déficience auditive, déficience du langage et de la parole).

Le programme-services Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

Dans la foulée des orientations régionales adoptées en février 2007, un accent particulier a été mis dans l'amélioration de l'accessibilité. Des allocations budgétaires spécifiques ont été accordées à cette fin :

- **Les services de première ligne**

  Les indicateurs font état d'une augmentation, tant du nombre de personnes desservies que du nombre moyen d'interventions en soutien à domicile, dispensées par les centres de santé et de services sociaux, et des heures pour des mesures de soutien aux familles naturelles.

- **Les services de deuxième ligne**

  Les indicateurs permettent de constater des améliorations dans l'accès aux services spécialisés, aussi bien pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle que celle ayant des troubles envahissants du développement. À cet égard, les résultats obtenus indiquent notamment une réduction des délais d'attente, un accroissement du nombre de personnes desservies dans divers programmes spécialisés de réadaptation, le recours à des mesures d'appui auprès d'usagers en attente et de leur entourage qui vivaient des situations de crise, ainsi que le développement de nouvelles places en ressources de type familial.

4.3.4 Les maladies chroniques

Les programmes en santé physique

Un ensemble de mesures ont été planifiées dans le cadre du plan de contingence des urgences en 2000 et des travaux antérieurs de la Régie régionale de l'Estrie. Parmi celles-ci figuraient la mise en place du Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques, ainsi que l'implantation du Programme régional de services en santé cardiovasculaires (réadaptation cardiaque et insuffisance cardiaque). Les objectifs visés étaient de :

- diminuer de 30 % les consultations à l'urgence;
- diminuer de 30 % les hospitalisations;
- améliorer la qualité de vie.

Le Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques en Estrie a été le premier volet à être implanté.

Ensuite, le Programme régional de réadaptation cardiaque a débuté ses activités au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour ensuite se déployer dans tous les centres de santé et de services sociaux.

En 2007, avec l'adoption du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, chaque centre de santé et de services sociaux a dû mettre en place une équipe interdisciplinaire offrant des services intégrés pour les personnes atteintes de maladies chroniques, tels le diabète et les maladies cardiovasculaires, et mettre en place des mesures de prévention.

Actuellement, les personnes atteintes de diabète sont suivies au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ainsi qu'aux centres de santé et de services sociaux des Sources et du Val-Saint-François. En 2008-2009, ces services seront aussi offerts dans tous les autres centres de santé et de services sociaux.

Le réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques en Estrie

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional est offert dans tous les centres de santé et de services sociaux, et est sous la coordination du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Il s'agit d'un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Depuis l'implantation de ce programme, une augmentation annuelle du nombre de personnes inscrites est d'environ 20 %. Malgré ce fait, une certaine clientèle n'était malheureusement pas suivie. En 2007-2008, les critères d'inclusion ont été révisés, ce qui a permis d'offrir une accessibilité à plusieurs personnes qui pouvaient bénéficier de ce suivi.

Une évaluation de l'atteinte des résultats démontre qu'environ 85 % des crises d'exacerbation ont été traitées à la maison à partir du plan d'action. Environ 20 % de ces crises ont mené à une visite à l'urgence, et 15 %, à une hospitalisation. La qualité de vie de ces personnes atteintes a grandement été améliorée. De plus, le niveau de satisfaction se maintient à plus de 96 %. Au 31 mars 2008, 576 personnes étaient inscrites au Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques en Estrie.

La réadaptation respiratoire

Le Programme de réadaptation respiratoire a débuté ses activités en avril 2005 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de bronchite ou d'emphysème. Il s'agit d'un programme d'exercices conçu spécialement pour cette clientèle. Pour l'année 2007-2008, deux groupes ont été formés, pour un total de 22 patients. À ce jour, 82 personnes ont pu bénéficier de ce programme.

Le programme d'intervention en maladies cardiaques

La réadaptation cardiaque

L'implantation d'un programme régional de réadaptation cardiaque et de cliniques satellites en insuffisance cardiaque a été retenue dans le plan d'action de l'Agence.

Le programme a débuté ses activités en 2002 au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, pour ensuite se déployer en 2004 dans les six MRC de l'Estrie et la Ville de Sherbrooke. Il s'adresse à une clientèle connue pour une cardiopathie ischémique (angine, infarctus, angioplastie, pontage coronarien ou insuffisance cardiaque compensée). Il vise à améliorer la santé cardiovasculaire et la qualité de vie des personnes atteintes, à les aider à récupérer et à prévenir d'autres événements cardiaques. Depuis l'implantation, l'augmentation des inscriptions est constante, et le taux d'abandon, très bas.

Durant l'année 2007-2008, 999 personnes étaient suivies au Programme régional de réadaptation cardiaque.

L'insuffisance cardiaque

Un programme régional d'insuffisance cardiaque représente le véhicule par excellence pour le traitement et le suivi de la population atteinte d'insuffisance cardiaque en cliniques ambulatoires.

La clinique d'insuffisance cardiaque du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (la clinique mère) a rencontré les premiers patients à l'automne 2003. La clientèle est constituée de patients de classe fonctionnelle III et IV (modérés à sévères). Actuellement, 246 patients y sont suivis.

Les cliniques satellites des sept MRC de la région de l'Estrie offriront des services aux personnes atteintes d'insuffisance cardiaque.

Un suivi individualisé sera offert selon les besoins de la personne, la classe d'insuffisance cardiaque et le type d'établissement (avec ou sans urgence 24/7).

Le soutien professionnel et médical de la clinique mère du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke facilitera le suivi de ces clientèles. L'ajout d'un pharmacien en 2007-2008 améliorera le suivi et l'ajustement de la médication pour les médecins des différents centres de santé et de services sociaux.

La mise en place de ces cliniques se fait de façon graduelle, et l'année 2008-2009 permettra de consolider cette offre de service.

Le Programme québécois de lutte contre le cancer

Le programme-services Santé physique : Cancer et soins palliatifs a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence en octobre 2006.

Au cours de l'année 2007-2008, les centres de santé et de services sociaux ont déposé leur projet clinique. L'appréciation de chacun des projets cliniques est actuellement en cours.

La mise en place d'infirmiers et d'infirmières pivots en oncologie se fait de façon graduelle. Des journées de formation ainsi que des séances de travail pour favoriser l'implantation de ce nouveau rôle, en centre de santé et de services sociaux, ont eu lieu en 2007-2008. Un plan de formation est élaboré avec la collaboration du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et en conformité avec la Direction de la lutte contre le cancer. Les journées de formation débuteront en septembre 2008.

4.4 La Direction de santé publique et de l'évaluation

4.4.1 La direction

L'année 2007-2008 a été marquée par l'arrivée et la révision des orientations des services par la nouvelle directrice de santé publique.

Les priorités de la direction ont été :

- la consolidation de l'équipe de coordination, la tournée des centres de santé et de services sociaux, l'établissement des liens avec les partenaires et la visibilité de la santé publique;
- les travaux et les investissements conjoints avec la Direction de l'organisation des services, qui ont permis de consolider le volet Prévention dans le continuum de soins des maladies chroniques.

4.4.2 Le Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation

La surveillance de l'état de santé de la population, le suivi de gestion et l'évaluation

En cours d'année, le nom du Service de soutien méthodologique et de l'évaluation a été changé pour le Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation, ce qui décrit mieux le mandat légal de la direction.

Le service a continué d'informer la population, les intervenants et intervenantes, et les gestionnaires par divers moyens sur des thématiques liées à la santé et à ses déterminants. Parmi les publications conçues pour des publics cibles, il y a eu trois bulletins *Infobulles* et sept articles parus dans l'hebdomadaire *La Nouvelle*, ainsi que dans divers journaux locaux. Ces publications portaient sur les thématiques suivantes : l'allaitement maternel, la chaleur accablante et la consommation de médicaments, les outils statistiques, le bronzage artificiel, la rage animale, le monoxyde de carbone, les cyanobactéries, la mammographie pour le dépistage du cancer du sein, et l'insécurité alimentaire. Toutes ces productions sont disponibles sur le site Web de l'Agence.

Le projet majeur qui a mobilisé l'ensemble des ressources de l'équipe a été l'élaboration d'un portrait de santé régional, qui sera finalisé au début de l'année financière 2008-2009. L'équipe a par ailleurs produit les données nécessaires aux suivis de gestion et à la rédaction du bilan pour la Commission parlementaire. De plus, elle a participé à l'évaluation de la vaccination des enfants de 0 à 2 ans.

Parmi les nouveaux dossiers, notons la participation de l'équipe dans deux projets de partenariat qui s'échelonnent sur plus d'une année financière. Le premier concerne un portrait sur les saines habitudes de vie des jeunes de 4 à 17 ans, qui comprend deux volets : l'activité physique et sportive, ainsi que l'alimentation. L'autre se rapporte à la thématique du développement des communautés.

4.4.3 Le Service de la prévention-promotion de la santé

Le Service de la prévention-promotion de la santé a réalisé, dans le cadre de différents programmes, les activités suivantes :

Les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles

- La production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité (aussi appelé Programme intégré 0-5 ans). Le bilan indique que :
  - 587 femmes enceintes, 940 enfants de 0 à 5 ans et leur famille ont reçu des services des établissements impliqués dans ce programme, c'est-à-dire les centres de santé et de services sociaux et la Villa Marie-Claire;
  - la clientèle rejointe représente 100 % de celle qui est ciblée;

- les familles reçoivent en moyenne onze visites à domicile par année;
- les organismes communautaires famille offrent divers services et activités à la clientèle du programme dans l'ensemble des territoires de l'Estrie;
- la concertation clinique et intersectorielle se poursuit.

- L'organisation de formations destinées au personnel du Programme intégré 0-5 ans :
  - la formation « Favoriser le développement de l'enfant de 0 à 5 ans en soutenant les pratiques parentales », qui a rejoint 93 intervenants et intervenantes provenant des équipes locales 0-5 ans et des organismes communautaires famille;
  - la formation « L'utilisation du matériel *Jeux d'enfants* et de l'outil *Brigance* pour soutenir les pratiques parentales et le développement de l'enfant 0 à 5 ans », qui a réuni 80 personnes participantes;
  - une supervision qui fait suite à la formation sur l'attachement parents-enfant. Cette activité a été offerte à chacune des équipes locales 0-5 ans, et elle a rejoint 78 intervenants et intervenantes;
  - l'utilisation du *Brigance* (outil d'évaluation du développement des enfants), formation offerte au nouveau personnel du Programme intégré 0-5 ans dans les établissements de la région.

- La participation aux travaux provinciaux relatifs aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité, notamment sur les protocoles d'entente entre les centres de santé et de services sociaux et les milieux de garde, et sur les outils d'évaluation du développement de l'enfant.

- La participation au suivi du Programme d'éveil à la lecture et à l'écriture, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport :
  - la consolidation des comités locaux de la Ville de Sherbrooke et des MRC de Coaticook et du Val-Saint-François;
  - le suivi et le soutien aux autres comités qui ont intégré des activités d'éveil à la lecture et à l'écriture (MRC des Sources, du Granit, du Haut-Saint-François et de Memphrémagog).

- Le suivi du programme « Y'a personne de parfait (Y'APP) », offert et réalisé par les organismes communautaires de la région qui rejoignent des familles. Ce programme propose du soutien, sous forme de groupe, aux parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans. Cette année, neuf groupes ont été formés, ce qui a permis de rejoindre cinquante parents.

L'allaitement maternel et la périnatalité

- La participation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et des sept centres de santé et de services sociaux à la mesure du niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés, dans le cadre d'une étude provinciale, commandée par le Ministère.

- La production et la distribution d'une affiche sur l'accueil du nouveau-né et sur l'allaitement « Accueillir bébé… Ça prend l'esprit d'équipe! », à l'intention des différentes organisations qui offrent des services en périnatalité.

- La conception de modules de formation spécifiques aux infirmières de la maternité et de la néonatologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, dans le cadre du Programme régional de formation en allaitement maternel et de l'implantation de l'Initiative des amis des bébés.

- La conception et la diffusion de modules de formation en allaitement pour les infirmières du service Info-Santé.
- L'organisation et la diffusion de la formation sur les modules 1 à 6 du Programme régional de formation en allaitement maternel, à l'intention de l'ensemble des intervenantes qui sont appelées à informer et à conseiller les parents en matière d'allaitement.
- L'organisation d'activités de promotion de l'allaitement maternel, en collaboration avec les répondantes locales en allaitement, lors de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel.
- La mise à jour et la production du bottin régional des ressources en allaitement maternel.
- La participation aux travaux régionaux et provinciaux entourant la parution et la distribution de la nouvelle édition du guide « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à 2 ans ».
- La participation aux travaux concernant la régionalisation des dix centres de ressources périnatales de la province, dont celui de l'organisme Naissance Renaissance, dans la région de l'Estrie.

Le Programme Fluppy s'adressant aux enfants de la maternelle et à leur famille

- Par la production du dernier bilan annuel, le suivi de l'implantation du programme Fluppy démontre qu'en 2006-2007 :
  - plus de cinquante écoles primaires, principalement localisées dans des milieux présentant des indices de défavorisation élevés, et 79 classes de maternelle offraient le programme sur une base régulière;
  - plus de 1 353 enfants ont participé aux ateliers du programme Fluppy et près de 138 familles ont bénéficié en moyenne de 7,85 visites à domicile;
  - plus de 1 077 ateliers ont été présentés dans les classes de maternelle de la région;
  - quatre activités de formation sur le programme Fluppy ont été offertes à 21 personnes provenant des centres de santé et de services sociaux et du milieu scolaire. Plus de trente intervenants et intervenantes des centres de santé et de services sociaux ont participé à quatre activités de supervision clinique dans le cadre de ce programme.

L'approche École en santé

Le réseau de répondantes et de répondants locaux des centres de santé et de services sociaux et des commissions scolaires est complété. Les quatorze écoles engagées dans le processus en 2006-2007 ont progressé dans les étapes de mise en œuvre, alors que de nouvelles écoles abordent la phase de la mobilisation.

Des activités de formation sur les outils de base de l'approche École en santé, ainsi que des activités de soutien aux répondantes et répondants locaux dans l'accompagnement des écoles ont été réalisées. Qualitativement, on peut affirmer que la compréhension de l'approche École en santé (comme partie prenante de la réforme de l'école québécoise), ainsi que son positionnement au cœur des interventions préventives (saines habitudes de vie, violence, tabagisme, toxicomanie) ont été substantiellement augmentés en 2007-2008.

À la suite d'une tournée des centres de santé et de services sociaux, réalisée par la santé publique, des activités exclusives à l'équipe prévention-promotion de la santé, et d'autres, conjointes avec les gestionnaires Enfance-Jeunesse-Famille des centres de santé et de services sociaux, ont été réalisées.

Elles ont permis de confirmer École en santé comme un excellent véhicule pour l'implantation des meilleures pratiques préventives en milieu scolaire, dans une vision intégrée et globale de services préventifs aux jeunes.

La prévention du tabagisme chez les jeunes

La fin de la troisième phase du projet « Vers des écoles sans fumée » 2003-2008 a été soulignée par la mise en place d'un projet pilote de dénormalisation de l'usage du tabac chez les jeunes, intitulé « De Facto », dans l'ensemble des écoles secondaires de la région, ainsi qu'au Cégep de Sherbrooke et dans les deux universités de la région. La région de l'Estrie a participé aux travaux provinciaux menant à la mise en place d'orientations provinciales 2009-2012 en prévention du tabagisme au Ministère.

La prévention du suicide

Le fait marquant de l'année a été la collaboration de la Direction de santé publique et de l'évaluation à la mise en place du projet intersectoriel de « Regroupement d'organismes engagés pour la prévention du suicide chez les hommes de Sherbrooke » de l'organisme JEVI Centre de prévention du suicide. Ce projet, réalisé en collaboration avec la Table de concertation jeunesse de Sherbrooke et les organismes régionaux qui oeuvrent auprès des hommes et de leurs vulnérabilités, sera évalué en 2008-2009 par l'équipe de recherche du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Il en résultera un forum estrien destiné à l'appropriation des résultats à la suite de l'évaluation de ce projet.

Dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse 2006-2009, une allocation financière non récurrente a été accordée à la région de l'Estrie, afin de déployer des réseaux de sentinelles en prévention du suicide auprès des jeunes de 15 à 29 ans. L'organisme JEVI Centre de prévention du suicide travaillera en concertation avec la Direction de santé publique et de l'évaluation, les centres de santé et de services sociaux, et le milieu scolaire pour planifier la mise en place de réseaux de sentinelles.

La prévention des toxicomanies et l'intervention précoce

Des activités de prévention du programme régional Pratic-05 ont été réalisées, afin de « boucler » les plans triennaux et de confirmer le virage vers École en santé. Les milieux ont été préparés à ces changements et ils ont identifié les stratégies et les actions à maintenir dans un cadre d'action spécifique à la toxicomanie, ainsi que celles qui font partie de l'approche École en santé.

Le programme Alcochoix+ est en implantation dans un établissement de la région, soit le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Environ 135 professionnels de la santé (principalement des centres de santé et de services sociaux) concernés par les problèmes liés aux dépendances ou à la prévention des maladies chroniques, ont participé à la formation « Le changement de comportement : approche motivationnelle ». Pour les professionnels qui rejoignent les clientèles à risque de dépendances, cette formation constitue un outil pour la poursuite de l'intervention après la passation des grilles de détection de cas (DEP-ADO et DÉBA).

Le jeu pathologique

Un plan de communication a été préparé pour l'actualisation en 2008-2009. Ce plan permettra de rejoindre la population générale adulte, dans une perspective de promotion de comportements sains face aux jeux de hasard et d'argent. Par ailleurs, un autre volet de ce plan comprend la préparation d'une trousse visant à équiper les intervenants et les intervenantes des services courants pour mieux détecter un problème de jeu (associé à d'autres problématiques : violence, dépression, crise suicidaire) chez certaines clientèles qui fréquentent leurs services.

La santé buccodentaire

La Direction de santé publique et de l'évaluation a participé aux travaux nationaux concernant l'élaboration et le déploiement du Programme de formation sur l'application des agents de scellement en milieu scolaire, ainsi qu'aux travaux de l'Institut national de santé publique du Québec, concernant l'avis scientifique intitulé « Fluoration de l'eau : Analyse des bénéfices et des risques pour la santé ».

Certaines municipalités de la région ont été rencontrées, afin de leur faire connaître les avantages ainsi que les conditions nécessaires à la fluoration des eaux de consommation.

La Direction de santé publique et de l'évaluation a assuré le soutien à la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de la région de l'Estrie. Voici quelques résultats en lien avec ce programme (année scolaire 2006-2007) :

Nombre d'écoles où le programme a été appliqué (toutes les écoles primaires)	107
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'un dépistage dentaire	4 676
Nombre d'enfants référés aux dentistes	368
Nombre d'enfants à risque élevé de carie, suivi par les intervenants du programme	1 707
Nombre d'applications topiques de fluorure	3 330
Nombre d'activités éducatives individuelles	3 406
Nombre d'enfants qui ont bénéficié d'agents de scellement	271
Nombre d'activités éducatives de groupe	782

Des problèmes, à la grandeur du Québec avec les unités dentaires portables, ont fait en sorte de retarder les activités du Programme national de formation des hygiénistes dentaires sur l'application d'agents de scellement en milieu scolaire, ainsi que les activités prévues dans les écoles pour cette année.

L'ordonnance collective de contraception hormonale

Cette mesure vise à faciliter l'accès à la contraception hormonale aux femmes, afin de diminuer les grossesses non planifiées. À la suite de l'adoption du modèle provincial d'ordonnance collective de contraception hormonale, la Direction de santé publique et de l'évaluation a été mandatée par le Ministère pour soutenir l'implantation de ce modèle en Estrie dans les différents milieux ciblés (groupes de médecine familiale, centres de santé et de services sociaux, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke). Ce soutien s'est actualisé par des représentations aux différentes instances régionales concernées, et par l'organisation de la formation pour les infirmières ciblées. Trois formations ont eu lieu et ont permis de former 95 infirmières.

La promotion des habitudes de vie et prévention des maladies chroniques

En 2007-2008, des travaux réalisés dans le cadre du programme-services Santé physique : Prévention et gestion des maladies chroniques, ont permis d'établir les orientations et les stratégies régionales, en regard de la prévention des maladies chroniques et de la promotion des saines habitudes de vie. L'ensemble des interventions étant regroupées sous une programmation unique, le Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION a été adopté le 17 octobre 2007 comme un des éléments majeurs du programme. Depuis, de nombreuses interventions gouvernementales et ministérielles sont venues influencer les orientations régionales et locales dans le domaine des saines habitudes de vie :

- le plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : « Investir pour l'avenir ». Des interventions sont à réaliser, notamment en lien avec l'approche École en santé;
- la politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif, « Pour un virage santé à l'école », élaborée par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, avec l'étroite collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux, et du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation;
- la révision du Programme national de santé publique 2007-2012;
- l'investissement fait dans les centres de santé et de services sociaux pour l'ajout de kinésiologues pour le volet Actions environnementales.

Ainsi, les stratégies environnementales occupent une place de plus en plus importante et engendrent des interventions, notamment dans le réseau scolaire et les milieux municipaux. Afin d'actualiser le Programme intégré de prévention des maladies chroniques, et d'en faciliter l'intégration dans les programmations locales, l'élaboration d'un guide d'implantation, d'une formation et d'outils ont été amorcés à la fin de l'exercice 2007-2008.

En regard des actions éducatives individuelles ou de groupe, la consolidation des activités de counseling, en centre de santé et de services sociaux, s'est poursuivie en soutenant les intervenants et intervenantes concernés et en formant le nouveau personnel en intervention. Les counselings de courte et de longue durée portent sur le non-usage du tabac et l'absence d'exposition à la fumée secondaire, la consommation quotidienne d'au moins cinq portions de légumes et de fruits, ainsi que la pratique de 30 minutes cumulées d'activités physiques d'intensité modérée, presque tous les jours.

En 2007-2008, notons :

- Un counseling de courte durée (30 secondes à 3 minutes) sur les saines habitudes de vie 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION a été offert par les infirmières aux usagers et usagères ayant consulté aux services courants infirmiers;
- Des fumeurs ont reçu des services de soutien à la cessation tabagique dans les sept centres d'abandon du tabagisme de l'Estrie : 189 fumeurs ont bénéficié d'interventions en individuel (une moyenne de trois rencontres par fumeur) et 53 fumeurs ont participé à des interventions de groupe offertes dans quatre MRC;
- Au total, 1 437 interventions individuelles de longue durée sur les trois habitudes de vie ont été faites par les intervenants et les intervenantes pivots de ce programme;

- Différentes activités éducatives ponctuelles ont eu lieu en lien avec les campagnes nationales de promotion des saines habitudes de vie. Des efforts sont déployés pour arrimer les messages santé et les outils promotionnels avec les campagnes nationales et la programmation de Kino Québec. Ces campagnes sont : les Rendez-vous d'automne, la Semaine québécoise pour un avenir sans tabac, les Plaisirs d'hiver, le Défi J'arrête, j'y gagne! (inscriptions pour l'Estrie), le Défi Santé 5/30 (inscriptions pour l'Estrie), l'évènement Fruits et légumes en vedette (41 restaurants des différentes MRC ont participé à cet événement).

La prévention des traumatismes non intentionnels

En 2007-2008, une tournée des centres de santé et de services sociaux et des organismes communautaires, concernés par la prévention des chutes, a permis de clarifier les enjeux reliés à l'implantation d'un nouveau cadre de référence ministériel. Le programme de prévention des chutes pour le volet « Intervention multifactorielle personnalisée » a permis de rejoindre environ 353 personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie, dans le cadre de services de soutien à domicile, soit 6,15 % des personnes.

Le programme de patrouilleurs cyclistes et la formation auprès des surveillants et des surveillantes de sentiers pour les véhicules hors route se sont poursuivis cette année.

Un projet de promotion de l'utilisation adéquate des sièges d'auto pour les enfants de 0 à 8 ans est en cours, en collaboration avec la Société de l'assurance automobile du Québec.

Un nouveau programme de prévention dans le sport de glisse en milieu scolaire a été expérimenté dans deux commissions scolaires (Commission scolaire de la Région-de-Sherbrooke et Commission scolaire des Hauts-Cantons). Quelque 825 enfants du primaire ont été rejoints par cette activité.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2007, en Estrie, 25 615 femmes de 50 à 69 ans ont passé une mammographie de dépistage dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le taux de participation est à la hausse, atteignant 65,4 %.

Le comité régional d'assurance de la qualité s'est réuni en automne 2007. Les membres ont choisi de se pencher sur l'amélioration des délais d'investigation pour les femmes du programme ayant un résultat anormal à la mammographie de dépistage. Par ailleurs, l'Estrie s'est dotée d'un mammotome en novembre 2007. Cet appareil permet de réaliser des biopsies mammaires qui, tout en étant d'excellente qualité, sont moins mutilantes pour les femmes.

Au niveau provincial, le Programme québécois de dépistage du cancer du sein est en processus de changement de gouverne. En Estrie, des ajustements dans la gouverne régionale du programme sont à prévoir au cours de la prochaine année.

La sécurité alimentaire

À la suite d'une révision des orientations en 2006, le financement en entente spécifique du Programme de subvention en matière de sécurité alimentaire, du Ministère, a été intégré cette année dans le financement de base des organismes communautaires du secteur de la sécurité alimentaire. Cette mesure vise à rehausser le financement en appui à leur mission, afin de leur permettre de consolider leurs actions en matière de sécurité alimentaire. Un nouveau cadre de référence du Ministère en matière de sécurité alimentaire est prévu pour 2008-2009.

Les pratiques cliniques préventives

En 2007-2008, les travaux en matière des pratiques cliniques préventives ont permis la consolidation d'une approche, d'un modèle et de stratégies d'intervention. Une démarche analytique a été entreprise afin d'élaborer une offre de service des pratiques cliniques préventives annuelle ou pluriannuelle, et permettre la planification de sa mise en œuvre. Une formation et une étude de dossiers ont été réalisées auprès des professionnels du Service de la prévention-promotion de la santé, et une identification des priorités d'action 2008-2012 a été faite dans le cadre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Parmi les activités réalisées auprès des intervenants et des intervenantes de première ligne, le milieu clinique des groupes de médecine familiale a été ciblé de façon prioritaire. Des outils et une formation ont été offerts aux infirmiers et infirmières de l'ensemble des groupes de médecine familiale de l'Estrie, en lien avec l'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'HTA (hypertension artérielle). L'envoi de matériel et d'information auprès des groupes de médecine familiale ont permis d'optimiser les campagnes promotionnelles provinciales auprès de leurs clientèles, tels le Défi J'arrête, j'y gagne ! et le Défi Santé 5/30.

Le développement des communautés

L'année 2007-2008 a été marquée par la mise en place d'une démarche destinée à l'identification du rôle de la Direction de santé publique et de l'évaluation, en développement des communautés ainsi qu'en action intersectorielle. Il en a résulté un plan d'action pour les années à venir. La Direction de santé publique et de l'évaluation a été aussi une partenaire très active auprès de l'Observatoire estrien en développement des communautés par l'animation des travaux du comité d'avancement des pratiques. Les ressources du Service de la surveillance de la santé publique et de l'évaluation ont été mises à profit pour la mise en place d'un projet de recherche-action, concernant des indicateurs en développement des communautés pour la région.

4.4.4 Le Service de la santé au travail

Conformément à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, et en respect des priorités identifiées au cahier des charges de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, des activités de prévention des maladies professionnelles ont été planifiées et réalisées auprès des entreprises de l'Estrie.

Les professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation ont participé activement à des travaux provinciaux, et des formations régionales ont été organisées auprès des intervenants et des intervenantes de l'équipe locale du centre de santé et de services sociaux mandataire, au sujet notamment de :

- la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail;
- la réduction du bruit à la source en vue de diminuer l'incidence de la surdité professionnelle.

Le soutien aux entreprises des secteurs non prioritaires est assuré par l'équipe régionale dans la réponse aux demandes d'expertise qui lui sont adressées. Le Service de la santé au travail s'est impliqué dans le soutien à la mise en œuvre d'un protocole de post-exposition accidentelle aux liquides biologiques, pour l'ensemble des services de première ligne de la région.

Les programmes régionaux et provinciaux

Des programmes d'intervention concertés, soit au plan québécois ou régional, ont été mis en œuvre dans les secteurs prioritaires et dans les secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- L'intervention sur les risques biologiques est en cours dans le secteur des municipalités, afin de protéger les travailleurs en contact avec les eaux usées et les éboueurs. En 2008, les travailleurs des centres de tri-compostage et des camions de pompage sont aussi visés par ce programme;
- Les interventions au regard de l'exposition des travailleurs aux fumées de caoutchouc se sont poursuivies. En 2008, des activités de caractérisation des sites d'entreposage des entreprises du secteur de caoutchouc seront réalisées, afin de déterminer le niveau d'émission de nitrosamines et de mettre en place les actions préventives qui s'imposent.
- L'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail sont associés à la recherche de solutions pour cette problématique;
- Le Programme d'intervention régional sur l'exposition à la silice des travailleurs de la transformation du granit se terminera en 2008;
- Une opération de dépistage de l'amiantose auprès de 300 travailleurs ciblés du secteur de la construction a été complétée.

4.4.5 Le Service de la protection de la santé publique

La santé environnementale

Le radon dans les édifices publics

Le radon est un gaz cancérigène provenant de la désintégration de l'uranium contenu dans le sol. Une campagne de dépistage, conduite dans les édifices publics de certaines municipalités à risque de la région, a permis de mesurer des teneurs élevées dans l'école primaire de Saint-Sébastien pendant une période de sept jours. Des mesures de caractérisation sont en cours afin de mesurer les niveaux d'exposition des occupants et des occupantes sur une année complète.

La surveillance biologique de l'exposition au BPC/PBDE chez les consommateurs de poissons des lacs Lovering, Massawippi et Magog

À la suite de l'observation de concentrations de nombreux produits chimiques anormalement élevées dans les poissons des lacs Lovering et Massawippi, par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, en 1999, la Direction de santé publique et de l'évaluation a émis des recommandations au sujet de la fréquence de consommation de poissons en provenance de ces lacs. Une étude est actuellement en cours afin de vérifier les niveaux de connaissance et d'observance de ces recommandations, et de mesurer les concentrations sanguines en BPC et PBDE chez les pêcheurs sportifs de ces lacs.

La contamination des lacs par les cyanobactéries

En 2007, la Direction de santé publique et de l'évaluation a mis sur pied deux projets pilotes touchant deux lacs affectés par les cyanobactéries. La mise en place de ces projets a permis d'assurer la protection de la santé des usagers et usagères de ces réseaux d'eau potable, tout en évitant d'avoir à émettre de nouvelles restrictions lors de la réapparition des fleurs d'eau de cyanobactéries.

En collaboration avec le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, le Service de la protection de la santé publique a participé à la formation des municipalités et des exploitants de plage de la région, ainsi qu'à la rencontre annuelle du regroupement des associations de riverains et de riveraines. Durant la dernière saison, la Direction de santé publique et de l'évaluation a émis une mise en garde pour les riverains et riveraines, et les usagers et usagères de 24 lacs, ainsi que six avis de non-consommation touchant trois municipalités et trois réseaux privés.

Le parc éolien

Dans le cadre du Programme national de santé publique, le domaine de la santé environnementale doit participer aux différentes étapes de la procédure d'évaluation et d'examen relative aux projets ayant des conséquences sur l'environnement. C'est dans ce contexte que le Service de la protection de la santé publique a été interpellé concernant le projet de construction d'éoliennes dans le Val-Saint-François.

Comme il n'y a pas eu de demande de la population pour le projet au Bureau d'audiences publiques sur l'environnement, la contribution de la direction s'est limitée à participer à une rencontre publique sur l'implantation d'un projet d'éoliennes dans la MRC du Val-Saint-François, en juin 2007. La MRC a par la suite voté une réglementation pour l'ensemble du territoire qui semble satisfaire la population.

Les porcheries

Par décret ministériel, le Ministère est tenu de participer aux consultations publiques liées au développement ou à l'agrandissement de porcheries dans les différents territoires de MRC. C'est dans ce cadre que la Direction de santé publique et de l'évaluation a participé à quelques rencontres publiques concernant le développement de nouvelles porcheries dans les municipalités suivantes : Coaticook, Lambton, Wotton et Saint-Georges-de-Windsor.

L'herbe à poux

Selon une étude récente, l'allergie respiratoire (rhinite allergique) due aux pollens de l'herbe à poux affecte 17,5 % de la population du Québec âgée de plus de 5 ans, dans les régions où la plante est présente de façon abondante ou fréquente, comme en Estrie.

Pendant la période pollinique, la qualité de vie des personnes allergiques serait affectée sur plusieurs points. Puisqu'il n'existe pas de traitement curatif jusqu'à ce jour, mis à part la désensibilisation, la principale mesure préventive reste la diminution des concentrations de pollen dans l'air. Pour ce faire, il faut diminuer les quantités d'herbe à poux dans l'environnement.

Dans ce cadre, des activités de sensibilisation auprès de la population et des partenaires ont eu lieu au cours de l'année, particulièrement pendant la période pollinique. En Estrie, mis à part la municipalité de Sherbrooke, peu de municipalités ont adopté des plans d'action visant à diminuer les quantités d'herbe à poux sur leur territoire.

Les maladies infectieuses

La prévention des infections nosocomiales

Au cours de l'année 2007-2008, la Table régionale de prévention des infections nosocomiales a élaboré un plan d'action régional pour la prévention des infections nosocomiales. Ce plan a fait l'objet d'un suivi avec les établissements et les instances de l'Agence.

Entre autres, la Table a proposé de tenir une campagne annuelle régionale de sensibilisation. Cette activité s'est déroulée pendant la semaine du 14 octobre 2007, sous le thème de l'hygiène des mains. L'activité a récolté des résultats positifs et satisfaisants. En effet, 94 % des établissements ont utilisé le matériel de prévention régional, et 80 % d'entre eux ont tenu au moins une activité de sensibilisation au cours de la semaine.

La Table régionale de prévention des infections nosocomiales proposera, pour 2008-2009, une campagne basée sur la même dynamique, mais disposant de nouveaux outils.

La prévention des infections

Afin de supporter les établissements à vocation régionale en matière de prévention des infections, une formation adaptée a été élaborée et donnée à des intervenants et des intervenantes désignés ayant un rôle de formateur au sein de ces établissements.

Des travaux de révision du Guide d'intervention sur les maladies infectieuses en milieu scolaire sont présentement en cours. Une fois ces travaux terminés, une formation sera donnée aux infirmiers et aux infirmières qui interviennent en milieu scolaire.

Le système d'information et de gestion PANORAMA

En tant que région pilote pour le volet Immunisation, le Service de la protection de la santé publique participe aux travaux provinciaux visant le déploiement régional du nouveau système d'information et de gestion, PANORAMA, prévu en 2009.

Le plan d'action en matière d'immunisation

Afin d'initier des travaux sur le retard de la couverture vaccinale, le Service de la protection de la santé publique a élaboré un projet de plan d'action qu'il a soumis aux chefs de programme de la Table Enfance-jeunesse-famille et la Table des aînés. Bien accueilli, ce projet de plan d'action vise la mise en place de plusieurs stratégies reconnues efficaces, permettant d'atteindre les objectifs de couvertures vaccinales du Programme national de santé publique. Dans le cadre du nouveau comité directeur du programme Santé publique de l'Agence, un groupe de travail sera mandaté pour élaborer ce plan d'action qui s'actualisera en plusieurs étapes au cours des quatre prochaines années.

4.5 La Direction des ressources financières, informationnelles et matérielles

4.5.1 Le volet Immobilisations

L'année 2007-2008 fut une année de consolidation au niveau des budgets de maintien d'actifs immobiliers et de rénovation fonctionnelle mineure. En effet, les budgets ont atteint leur niveau de croisière et correspondent maintenant aux standards existants dans ce domaine. Les établissements font beaucoup d'efforts pour traduire le plus rapidement possible ces budgets en travaux, tout en évitant le plus possible les impacts négatifs sur les services dispensés à la population.

L'Agence a participé au déploiement du système d'information « Actifs+Réseau » en janvier et en février derniers. Ce système est maintenant utilisé par les établissements et facilite la gestion des processus administratifs au sein des établissements, de l'Agence et du Ministère.

Au cours de l'année 2007-2008, l'agrandissement du site Argyll du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke fut complété, permettant ainsi le transfert de personnes hébergées en provenance d'autres sites, dont principalement celui de Youville. Les travaux de construction ont débuté au Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog; ce qui permettra d'augmenter le nombre de lits d'hébergement et d'améliorer la fonctionnalité des locaux pour les services de CLSC. À la fin des travaux, les points de services du Centre jeunesse de l'Estrie et du Centre de réadaptation Estrie, situés à Magog, pourront être regroupés dans cet immeuble agrandi.

De plus, l'Agence a déposé auprès du Ministère un dossier visant à régler les problèmes vécus par les clientèles du Haut-St-François, hébergées à East-Angus.

Par ailleurs, le Ministère a mis à l'étude la phase I du projet d'agrandissement du site Fleurimont du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Cette phase permettra d'atténuer certains problèmes d'espaces dans les secteurs, tels que la néonatologie et l'imagerie médicale.

Le fonds des immeubles	
Subventions	
▪ Subvention régulière	11 416 497 $
▪ Subvention pour le maintien des actifs de nature capitalisable	1 420 800 $
▪ Rénovations fonctionnelles mineures – autres missions que CHSLD	3 323 145 $
▪ Priorités ministérielles – Rénovation fonctionnelle mineure – Unité de médecine familiale de l'Estrie	$ 290 000 $
▪ Rénovations fonctionnelles mineures – volet CHSLD	4 093 285 $
▪ Subvention et revenus d'intérêts	4 474 839 $
Total	**25 018 566 $**
Engagements	
▪ Projets de sécurité	1 464 085 $
▪ Projets de vétusté	6 965 163 $
▪ Projets de rénovation fonctionnelle	1 725 785 $
▪ Augmentation de capacité	169 418 $
▪ Intérêts sur emprunts	4 474 597 $
Total	**14 799 048 $**

Le fonds des équipements	
Subventions	
▪ Subvention régulière	3 392 139 $
▪ Équipements de technologie biomédicale (Haute technologie)	9 103 000 $
▪ Petits équipements – infirmières	245 000 $
▪ Mobilier et équipement – Argyll (2 174 000 $) et d'Youville (542 000 $)	2 716 000 $
▪ Aides techniques et équipements médicaux	410 951 $
▪ Subvention et revenus d'intérêts	456 463 $
Total	**16 323 553 $**
Engagements	
▪ Enveloppe régulière	3 368 437 $
▪ Équipements de technologie biomédicale (Haute technologie)	$9 103 000 $
▪ Petits équipements - infirmières	245 000 $
▪ Mobilier et équipement – Argyll (2 174 000 $) et d'Youville (542 000 $)	2 716 000 $
▪ Technologie de l'information	13 912 $
▪ Intérêts sur emprunts	183 164 $
Total	**15 629 513 $**

4.5.2 Le volet Ressources financières

L'enveloppe budgétaire de la région de l'Estrie a été majorée de 34,6 millions de dollars en 2007-2008, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux. L'enveloppe budgétaire totale de la région s'est chiffrée à 681,7 millions de dollars.

Ces nouvelles sommes ont permis de faire face à la croissance régulière des activités pour 17 millions de dollars, et 4,2 millions ont servi à couvrir l'augmentation des coûts de système spécifiques, en lien avec le coût des médicaments et des fournitures médicales.

Une somme de 13,4 millions de dollars a été allouée pour le développement de nouveaux services, selon les grands axes prioritaires définis par le Ministère. Cette somme a permis d'accélérer le rattrapage dans certains secteurs où l'offre de service était insuffisante, dont le secteur des personnes âgées, en particulier au maintien à domicile et au soutien des personnes souffrant de maladie chroniques, et le secteur de la clientèle souffrant de maladie mentale.

Quant aux résultats financiers, un suivi périodique a été effectué auprès des établissements de la région, et tous ont atteint l'équilibre budgétaire ou respecté la cible établie par le Ministère; ce qui mérite d'être souligné.

4.5.3 Le volet Ressources informationnelles

Pendant l'année 2007-2008, les établissements, de concert avec l'Agence, ont beaucoup travaillé sur l'amélioration de la sécurité des actifs informationnels. Des travaux furent effectués dans les centres de traitements, principalement.

De même, puisque le Centre de réadaptation Estrie a besoin d'espaces additionnels pour développer ses services cliniques, l'Agence a choisi de déplacer ses équipes de ressources informationnelles hors des murs du Complexe Saint-Vincent-de-Paul. Ainsi, en mars dernier, conjointement avec les équipes de la Corporation des services regroupés de l'Estrie et de Solutions Presstas, le Service des ressources informationnelles et le Bureau de projets de l'Agence ont emménagé au 295, rue Olivier à Sherbrooke.

Par ailleurs, les défis auxquels devront faire face les établissements seront déterminants dans le processus de l'amélioration de l'offre de service à la population de l'Estrie. Les orientations ministérielles et régionales militent en faveur d'une plus grande cohésion et standardisation de nos ressources.

L'Estrie est une région qui possède, depuis longtemps, un historique de mise en commun de ses ressources lorsqu'il est démontré qu'il y a un gain significatif pour la clientèle et les établissements.

Ainsi, les travaux qui sont actuellement en cours au niveau régional ont mis en évidence l'importance de revoir l'organisation régionale des ressources informationnelles. Le déploiement des systèmes d'information du Dossier de santé du Québec, ainsi que les systèmes cliniques des établissements, l'amélioration de la sécurité des actifs informationnels et la pénurie d'effectifs, sont d'autant d'éléments qui ont justifié une démarche d'optimisation de l'organisation des ressources informationnelles.

Depuis plusieurs années, il existe un fort niveau de confiance entre les établissements et l'Agence, lequel permet d'envisager une nouvelle organisation des ressources informationnelles. Cette organisation doit avoir une bonne connaissance des projets structurants provinciaux, ainsi que des contacts bien établis avec les instances de haut niveau; ce qui présente un avantage certain.

L'ensemble des intervenantes et des intervenants régionaux (comité de travail, Table régionale des ressources informationnelles, Table de concertation du réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie) soutenus par une firme de consultants, recommandent aux directrices et aux directeurs généraux de procéder à la réorganisation des ressources informationnelles en Estrie.

Au cœur des activités du Bureau de projets, on retrouve celles du projet prioritaire d'informatisation des réseaux locaux de service en Estrie, dont, entre autres, le changement de la plateforme informatique pour supporter le dossier clinique informatisé à la grandeur de la région. Au cours de l'année 2007-2008, le Bureau de projets a livré cette plateforme régionale, et les dossiers du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke y ont été installés; ce qui a permis une amélioration de la performance d'Ariane dans celui-ci, ainsi que la planification des autres étapes du dossier régional. Le Bureau de projets a pris la décision d'y incorporer un premier volet fonctionnel, soit d'y installer la fonctionnalité intégrée d'un système informatisé de radiologie, qui assurera le pont entre les fonctionnalités du système de gestion d'imagerie diagnostique numérisé, mieux connu sous son acronyme anglais : PACS[1] du RUIS (Réseau universitaire intégré de santé) de Sherbrooke. Ce dernier fait partie des applications qui seront livrées sous la couverture du Dossier de santé du Québec.

En effet, les volets PACS et RID[2] de ce projet d'imagerie diagnostique ont été installés et livrés au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Au cours de la prochaine année, ils seront déployés dans les autres centres de santé et de services sociaux de la région. Nous aurons alors une région complète offrant à sa population des services d'imagerie complètement numérisés, sans film.

[1] PACS : Picture archiving and communication system ou système informatisé d'archivage d'images numérisées

[2] RID : Registre d'imagerie diagnostique ou système d'archivage à long terme de l'imagerie diagnostique

Pour les autres volets du Dossier de santé du Québec, les membres du Bureau de projets ont évalué la portée du déploiement de ces composantes du dossier provincial, et ont complété l'évaluation de la préparation à ce déploiement en Estrie. Ils ont reçu confirmation que ce déploiement sera effectué dans la deuxième vague de déploiement du Dossier de santé du Québec; ce qui les amènera vers la période de juillet 2009 à mars 2010.

Enfin, le Bureau de projets est à préparer les outils de gestion de projet qui permettront de normaliser une approche régionale en matière de gestion de projet.

5. Le soutien et la coordination du réseau

5.1 Les ressources humaines

5.1.1 Le développement régional des ressources humaines

Selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, les agences ont le mandat de :

- coordonner les activités de perfectionnement du personnel et la préparation de la relève, dans le cadre de la mise en œuvre des plans régionaux en matière de planification de main-d'œuvre et de développement des ressources humaines;
- coordonner les activités de perfectionnement des membres des conseils d'administration des établissements;
- aider les organismes communautaires dans les activités de perfectionnement de leurs membres.

Pour ce faire, l'Agence de l'Estrie compte sur la collaboration de trois comités régionaux :

- la Table régionale des ressources humaines;
- le Comité régional de développement du personnel d'encadrement de l'Estrie;
- le Comité régional de développement des ressources humaines des organismes communautaires.

Les activités de développement des compétences pour le personnel d'encadrement

En 2007-2008, le budget de développement des compétences du personnel d'encadrement s'élevait à 340 016 $. Une portion du budget, soit 68 000 $, a été allouée à l'Agence pour soutenir des activités régionales, et le solde de 272 016 $ a été réparti au pro rata des heures travaillées par les cadres dans chacun des établissements.

Le budget régional a permis de réaliser deux activités thématiques pour les rencontres régionales du personnel d'encadrement.

Au Rendez-vous du printemps, réunissant 142 gestionnaires et membres de la relève, madame Lise Verreault, sous-ministre adjointe à la santé et aux services sociaux, a procédé au lancement de la Politique de développement des compétences pour le personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux 2007-2010, et du document d'orientations « Regard sur l'avenir : Orientations et plan d'action en matière de planification de la main-d'œuvre d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux 2007-2010 ». Par la suite, les personnes présentes ont assisté à une conférence intitulée « La pénurie de main-d'œuvre…un mythe ou une réalité? » offerte par madame Pauline Brassard, présidente du Groupe Brassard Leblanc Planification inc., et suivie par la présentation du processus régional pour une planification de la main-d'œuvre en Estrie, par monsieur Raymond Béland, président de la Table régionale des ressources humaines.

Au deuxième Rendez-vous d'octobre 2007, le personnel d'encadrement était invité à une conférence intitulée « L'éthique, les valeurs et la gestion éthique : quoi faire pour bien faire ? » par monsieur René Villemure, président de l'Institut québécois d'éthique appliquée. Suivaient la collation des grades et une soirée festive soulignant le cheminement des nouveaux diplômés et diplômées. En tout, 211 personnes ont participé à cet événement.

D'autre part, l'Agence a poursuivi la Formation sur mesure pour les cadres et la « relève » avec la collaboration de l'Université Laval de Québec. Ce programme offre une formation académique de premier cycle en gestion des organisations, et en deuxième cycle en gestion et développement des organisations, dont les coûts sont assumés par l'Agence et les établissements.

À l'automne 2008, deux nouvelles cohortes ont débuté un micro-programme de premier et deuxième cycles. Au total, pour l'année 2007-2008, 140 personnes ont poursuivi des études dans le cadre de cette formation sur mesure.

Les activités de développement des compétences pour le personnel salarié du réseau

L'Agence assure la diffusion des programmes nationaux de formation élaborés par le Ministère. Pour la diffusion de ces programmes, l'Agence entreprend des travaux avec les responsables des établissements concernés, afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de diffusion selon les priorités régionales et locales.

De plus, l'Agence offre aux intervenants et aux intervenantes du réseau divers programmes en matière de développement des compétences, afin de supporter les changements de pratique auxquels ils doivent faire face dans les différents programmes-services. Pour ce faire, l'Agence, avec la collaboration des partenaires concernés, analyse les besoins de développement des compétences découlant des nouvelles approches, pratiques et technologies survenues dans les différents programmes-services, et élabore un calendrier annuel d'activités de développement des compétences, en fonction des priorités régionales et locales.

En 2007-2008, 2921 membres du personnel salarié du réseau estrien ont participé aux sessions de formation offertes par l'Agence, dans le cadre des programmes nationaux et régionaux de développement des compétences; deux fois plus qu'en 2006-2007.

Les membres des conseils d'administration des établissements

Aucune activité n'a eu lieu dans ce volet.

Les activités de développement des compétences pour les organismes communautaires

À la suite de l'opération d'allocation des budgets de l'année dernière, le comité régional a mis à jour les orientations régionales en matière du développement des compétences pour les organismes communautaires. Les modifications apportées ont été adoptées par le conseil d'administration du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et le comité de direction de l'Agence.

Étant donné les changements organisationnels survenus au sein du Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie, partenaire privilégié dans ce dossier, les travaux du comité ont été suspendus de juillet à décembre 2007, et repris le 24 janvier 2008. Un plan de travail a été élaboré et prévoit, pour 2008-2009, l'utilisation des sommes allouées en 2007-2008 et en 2008-2009.

5.2 La qualité et la prestation sécuritaire des services

5.2.1 La protection des droits des usagers et des usagères

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* prévoit de nombreuses mesures pour guider la gestion et la prestation des services aux usagers et usagères.

Aussi, il apparaît essentiel que les droits des usagers et usagères, énoncés dans cette loi, soient connus des citoyens et citoyennes, et reconnus par tous les intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux, et que le régime de traitement des plaintes en assure le respect.

Un projet de plan d'action intégré a été présenté au conseil d'administration de l'Agence en février 2008. Ce plan d'action vise le développement concerté des mécanismes de protection, de promotion et de défense des droits. Deux objectifs sont poursuivis : la responsabilisation du personnel quant aux droits des usagers et usagères, et la préparation d'outils d'information dédiés à la population en général aux usagers et usagères des services, ainsi qu'aux instances et aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

5.2.2 Les visites d'appréciation de la qualité des services en centre d'hébergement et de soins de longue durée

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie collabore à la réalisation des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substituts. Selon la volonté du ministre de la Santé et des Services sociaux, cette démarche est devenue permanente et continue. Des modalités sont ainsi prévues pour assurer la participation d'un représentant ou d'une représentante de l'Agence pour les visites d'appréciation, la désignation d'une personne responsable du suivi des plans d'action consécutifs aux recommandations de l'équipe visiteuse, et l'identification d'une personne ressource pour les échanges lors de situations jugées inacceptables.

En 2007-2008, la démarche d'appréciation a permis de visiter trois installations en centre d'hébergement et de soins de longue durée, et deux établissements gestionnaires auxquels sont rattachées des ressources intermédiaires ou de type familial.

5.2.3 Les relations avec le Curateur public

À l'automne 2007, une session de formation a été offerte par le Curateur public aux personnes ressources de l'Agence et des établissements, afin de favoriser une meilleure connaissance et une compréhension respective des rôles et des responsabilités de chacun et chacune. La personne ressource, au sein d'une agence, est répondante auprès du Ministère des questions relatives à la qualité des services offerts aux personnes par les établissements du territoire, sous un régime pris en vertu de l'application de la *Loi sur le curateur public*. Elle est aussi l'interlocutrice privilégiée de la personne ressource de ce même dossier dans les établissements de son territoire, ainsi que du répondant ou de la répondante du Curateur public.

Une démarche a été entreprise afin de déployer ce programme de formation auprès du personnel visé dans les établissements, au cours de la prochaine année.

5.2.4 Les relations avec le Bureau du Coroner

Toujours pour s'assurer d'une prestation sécuritaire des services, l'Agence facilite le suivi des recommandations formulées dans les rapports d'enquête et d'investigation du coroner.

Durant l'année 2007-2008, six rapports ont été transmis à l'Agence par le Bureau du Coroner et ont nécessité un suivi.

Une de ces recommandations portait sur l'utilisation des opiacés injectables à forte concentration. L'Agence s'est assurée que les établissements concernés élaborent un protocole visant l'utilisation optimale des opiacés dans le traitement de la douleur. À ce jour, cinq établissements ont élaboré ce protocole et trois ont des travaux en cours.

Plusieurs recommandations des coroners concernent l'étude des décès par le Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique. Une impression qui se dégage est que l'étude des décès n'est pas faite systématiquement dans tous les établissements, tel que le prévoit le *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*. De même, la Table régionale des directeurs des services professionnels a été privilégiée, afin de connaître la situation en Estrie et de s'assurer qu'elles soient effectuées. L'analyse des résultats démontrent que cette mesure est réalisée adéquatement dans les établissements de la région.

5.2.5 La certification des résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées a pour objectif d'assurer des milieux de vie agréables, sécuritaires et adaptés aux besoins des quelque cinq mille estriens et estriennes qui y résident.

D'ici février 2009, chacune des 131 résidences de l'Estrie devra répondre à des critères sociosanitaires précis, pour obtenir sa certification. Ces critères sont regroupés sous trois volets, soit l'information, l'organisation et les pratiques. Le processus de certification est obligatoire et identique dans toutes les régions du Québec.

Au 31 mars 2008, 119 propriétaires ont été rencontrés et on reçu la procédure à suivre pour l'obtention d'un certificat, ainsi que les consignes sur les préparatifs à compléter, en vue de recevoir la visite de l'organisme reconnu lors de ces rencontres d'information. Jusqu'à maintenant, trente résidences ont déjà présenté leur demande de certification.

Le Conseil québécois d'agrément est l'organisme responsable de la vérification de la conformité des résidences pour personnes âgées aux critères sociosanitaires contenus au Règlement. Treize résidences ont reçu la visite du Conseil et six résidences ont obtenu leur certification.

5.2.6 La qualité des services

La transformation du réseau de la santé et des services sociaux, dont l'un des objectifs fondamentaux est la qualité des services, interpelle les différents acteurs concernés à composer avec de nombreux changements d'ordre législatif, normatif et structurel, ainsi que de nouvelles obligations et responsabilités convergeant vers cet objectif. Les mesures structurantes de la qualité sont nombreuses et gérées par diverses instances et mécanismes d'appréciation de la qualité.

L'Agence et les directions générales des établissements ont amorcé, à l'hiver 2007, la réflexion et l'échange sur une vision globale et intégrée de la qualité.

La qualité vise à la fois l'organisation et la prestation des soins et des services. Elle porte sur l'appréciation technique et non-technique d'un processus de soins et d'un épisode de services. Les acteurs impliqués dans l'organisation et la prestation des services sont nombreux, et les personnes ayant recours à ces services le sont encore plus.

5.2.7 La gestion des risques

Tel que prévu à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, concernant la prestation sécuritaire, les établissements ont les obligations suivantes et s'y conforment d'ailleurs :

- la formation d'un comité de gestion des risques;
- l'élaboration d'une politique de divulgation de tout accident;
- la déclaration de tout incident/accident;
- la constitution d'un registre local des incidents/accidents;
- la sollicitation de l'agrément auprès d'un organisme d'accréditation reconnu.

D'importants travaux provinciaux ont été réalisés quant à la révision du formulaire « AH-223 » pour la déclaration des incidents et des accidents. Le déploiement local de cet outil, sa compréhension commune et son informatisation sont des enjeux majeurs au cours de la prochaine année.

Les personnes répondantes des établissements siégeant au Comité régional de gestion des risques se sont réunies à quatre reprises, afin d'échanger sur ces préoccupations et les suivis liés aux travaux réalisés par la Table régionale de prévention des infections nosocomiales.

5.2.8 La démarche d'agrément

Concernant la démarche d'agrément, sur quinze établissements, six ont déjà reçu une accréditation par le Conseil québécois d'agrément, et cinq, par le Conseil canadien d'agrément des services de santé. L'analyse intégrée des recommandations de ces organismes est prévue par l'Agence, afin de soutenir les établissements dans ce processus d'amélioration continue.

Un nouvel encadrement juridique a été institué, à la suite de l'adoption du projet de loi 33, dont certaines dispositions visent à mieux contrôler la qualité et la sécurité de certains services médicaux offerts, jusqu'à présent, dans les cliniques privées. Ainsi, tous les exploitants et exploitantes de lieux aménagés hors des installations d'un établissement, et où sont dispensés certains services médicaux spécialisés bien définis dans la loi ou un règlement, doivent détenir un permis du Centre médical spécialisé. Les cliniques privées qui effectuent des chirurgies ciblées (hanche, genou et cataracte) devront, dès le 1er juillet 2008, obtenir un permis du Ministère afin de pouvoir poursuivre leur pratique. Ils devront par la suite obtenir l'agrément des services qui sont dispensés dans le centre, et ce, dans les trois ans qui suivent la délivrance de son permis par le ministre.

À ce jour, l'Agence a reçu une demande d'une clinique privée souhaitant obtenir un permis du Centre médical spécialisé, afin d'effectuer une des chirurgies ciblées.

De plus, en conformité aux règles relatives à l'attribution et à la délivrance d'un agrément introduites à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, qui permet maintenant aux maisons de soins palliatifs de s'en prévaloir, l'Agence a reçu et évalué, selon le formulaire et le processus prévus par le Ministère, une demande d'agrément de la Maison Aube-Lumière. Celle-ci remplit l'ensemble des 39 conditions de l'agrément permettant de lui accorder un agrément de quatre ans. Conséquemment, l'Agence a recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux d'agréer cet organisme.

5.2.9 Les mesures de contrôle : la contention, l'isolement et les substances chimiques

L'utilisation de la contention, de l'isolement et des substances chimiques à titre de mesure de contrôle doit se faire de façon minimale et exceptionnelle, et exclusivement lorsqu'il s'agit d'assurer la sécurité de la personne ou celle d'autrui.

Un programme national de formation, visant la diminution de l'utilisation des mesures de contrôle, a été élaboré par le Ministère. Trois infirmières de notre région ont reçu cette formation. Elles ont formé des « formateurs multiplicateurs » provenant de tous les centres de santé et de services sociaux de la région. Ces personnes ont la responsabilité de transmettre ce programme au personnel concerné de leur établissement.

Les personnes siégeant au Comité régional des mesures de contrôle se sont réunies en cours d'année à trois reprises, afin de poursuivre les travaux visant la réduction de l'utilisation des mesures de contrôle dans les établissements de l'Estrie.

5.2.10 Le traitement des plaintes

Le nouveau régime d'examen des plaintes annoncé par le ministre de la Santé et des Services Sociaux, au printemps 2006, est bel et bien implanté en Estrie.

Pour l'Agence :

- un nouveau commissaire a été désigné;
- le Comité de vigilance et de la qualité a tenu trois rencontres;
- le pouvoir d'intervention du commissaire a été balisé par le cadre de référence ministériel déposé en janvier 2008.

Voici les faits saillants pour l'année 2007-2008 :

- 51 dossiers ont été traités, dont :
  - 30 plaintes,
  - 21 assistances;

- deux dossiers ont été acheminés en appel au Protecteur du citoyen;
- quatorze dossiers ont fait l'objet de mesures au niveau du traitement;
- les mesures identifiées concernent principalement les services dispensés et les relations interpersonnelles;
- le commissaire a utilisé son pouvoir d'intervention dans trois cas;
- le délai du traitement des plaintes respecte la norme de 45 jours et moins dans 35 % du cas, tandis que les autres plaintes voient leur durée de traitement s'étaler parfois jusqu'à 180 jours.

Au plan de la qualité des services, le commissaire regional aux plaintes et à la qualité des services collabore au groupe de travail sur la promotion des droits des usagers et usagères, et un plan d'action, à cette fin, a été proposé en mars 2008.

Le travail de collaboration avec les commissaires locaux, le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes de l'Estrie, et Pro-Def Estrie est essentiel à l'implantation du nouveau régime d'examen des plaintes, et à l'actualisation de la qualité des services.

Soulignons enfin la collaboration établie en cours d'année avec la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke, nous permettant d'accueillir des étudiants et étudiantes en stage impliqués en droit de la santé.

5.2.11 La satisfaction des usagers et des usagères

Les résultats de l'Enquête sur la satisfaction des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux du Québec, rendus publics en janvier 2008 par l'Institut de la statistique du Québec, a permis de mettre en lumière la qualité des services offerts aux usagers et usagères de la région. En effet, l'enquête révèle qu'en Estrie, 95 % des personnes ayant consulté un professionnel de la santé ou des services sociaux dans une clinique médicale, un hôpital ou un CLSC, se disent très satisfaits (61,4 %) ou assez satisfaits (33,2 %) des services reçus, comparativement à 93 % pour l'ensemble du Québec.

L'enquête menée entre novembre 2006 et juin 2007 auprès de 38 389 personnes à travers le Québec, dont 2 475 en Estrie, révèle que les taux de satisfaction des usagers et usagères en Estrie varient légèrement selon le lieu de consultation. On observe ainsi que ceux et celles ayant consulté en CLSC ou en clinique médicale se disent assez ou très satisfaits à 96 %. En milieu hospitalier, le taux de satisfaction atteint 92 %, ce qui est excellent considérant la nature des services offerts et les besoins plus lourds de la clientèle. Le profil de consultation nous indique par ailleurs que la clinique médicale est le lieu qui accueille la plus grande proportion d'usagers et d'usagères en Estrie : 82,9 % ont consulté un professionnel de la santé et des services sociaux à la clinique, 65,7 % à l'hôpital, et 28 % au CLSC.

L'enquête nous renseigne également sur l'opinion générale des usagers et usagères à l'égard du système de santé québécois. À ce chapitre, la grande majorité (89,4%) a une opinion généralement positive sur l'état global du système de santé.

L'éclairage apporté par cette vaste enquête contribue à faire reconnaître le dévouement et le professionnalisme du personnel, des gestionnaires et des médecins du réseau estrien. Les résultats serviront aussi à mieux définir les priorités d'action des établissements de la région et de l'Agence, dans le but de poursuivre l'amélioration des services, puisque l'expérience et le point de vue des usagers et usagères nous permet de suivre les progrès accomplis en matière de qualité des services.

6. Les organismes communautaires

6.1 Le respect des règles et des normes de gestion

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires, ainsi que les engagements du Ministère ont été appliqués et respectés.

6.2 Le contrôle de la conformité

Conformément à l'article 338 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes communautaires ayant fait une demande de soutien financier :

- le rapport financier complété (au 31 mars ou antérieurement) ainsi que le rapport de vérification, lorsque requis et selon la forme prescrite[3], adoptés par l'assemblée générale de l'organisme;
- le rapport d'activités du dernier exercice financier complété (au 31 mars ou antérieurement);
- une preuve de la tenue d'une séance publique d'information;
- une preuve de la tenue d'une assemblée générale annuelle des membres, au cours de laquelle le rapport financier et le rapport d'activités du dernier exercice financier complété ont été présentés et adoptés;
- la fiche synthèse des activités de l'organisme;
- les relevés statistiques appropriés pour les organismes orienteurs et les maisons d'hébergement.

6.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 125 organismes communautaires ont reçu un soutien financier dans le cadre du Programme régional de soutien aux organismes communautaires, soit en soutien à la mission globale, en entente de services ou en projets ponctuels. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités variées et nombreuses.

Les faits marquants de l'année 2007-2008 sont :

- la poursuite des travaux d'harmonisation entre le Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie et l'Agence, dans le cadre du plan d'action du Ministère relatif aux cadres régionaux;

---

[3] Forme prescrite pour le rapport financier :

- Le rapport financier doit être accompagné d'un rapport de mission de certification et de vérification signé par un comptable agréé, lorsque la subvention accordée par l'Agence a été de 100 000 $ ou plus.
- Pour une subvention de 25 000 $ à 99 999 $, l'organisme communautaire ou le regroupement national doit produire un rapport financier accompagné d'un rapport de mission d'examen signé par un membre d'un ordre professionnel comptable reconnu.
- Pour une subvention de moins de 25 000 $, aucune exigence n'est posée établissant que le rapport financier doit être accompagné d'un rapport de mission de certification et de vérification, ou d'un rapport de mission d'examen.

- l'allocation de 2,2 % d'indexation appliquée au financement des organismes;
- l'allocation aux organismes de 14 % (680 808 $ annualisé à 1 264 024 $) des budgets de développement des services dans le milieu, dont l'allocation récurrente de 375 084 $ (annualisée à 635 373 $) aux centres de femmes, aux maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence de l'Estrie, ainsi qu'au Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie, provenant des crédits additionnels du Ministère pour la lutte contre la violence conjugale;
- l'allocation de 71 198 $ à 18 maisons de jeunes de l'Estrie, dans le cadre du volet « Consolidation des maisons de jeunes » de la Stratégie d'action jeunesse 2006-2009.

7. Les données financières

7.1 Le rapport de la direction

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

Sherbrooke, le 5 septembre 2008

Les états financiers condensés de l'Agence ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477, de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires, conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière, et il a approuvé les états financiers condensés. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et le vérificateur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Le Vérificateur général du Québec a procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et son rapport du vérificateur expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de son opinion. Le Vérificateur général du Québec peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne sa vérification.

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Mme France Simoneau
Directrice des ressources financières, informationnelles et matérielles

7.2 Les états financiers de l'Agence

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL
DU QUÉBEC

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, au 31 mars 2008, et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel j'ai exprimé une opinion sans réserve dans mon rapport daté du 6 juin 2008. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence, conformément à l'article 395 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 5 septembre 2008

7.2.1 Les états des résultats du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

Résultats du fonds d'exploitation – activités principales	2008	2007
Revenus		
Subventions du Ministère	6 903 493 $	6 763 246 $
Autres revenus	472 284	301 006
Total des revenus	**7 375 777 $**	**7 064 252 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	5 265 658 $	5 067 701 $
Autres dépenses	2 024 618	1 810 184
Total des dépenses	**7 290 276 $**	**6 877 885 $**
Excédent	**85 501 $**	**186 367 $**

Résultats du fonds d'exploitation – activités accessoires	2008	2007
Revenus		
Subventions du Ministère	120 000 $	50 000 $
Autres revenus	709	1 292
Total des revenus	**120 709 $**	**51 292 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	81 203 $	69 318 $
Autres dépenses	13 860	4 670
Total des dépenses	**95 063 $**	**73 988 $**
Excédent (Déficit)	**25 646 $**	**(22 696)$**

Résultats du fonds des activités régionalisées	2008	2007
Revenus		
Contributions des établissements	2 941 689 $	1 977 422 $
Autres revenus	3 411 041	2 959 142
Total des revenus	**6 352 730 $**	**4 936 564 $**
Dépenses		
Salaires et avantages sociaux	2 784 426 $	2 215 049 $
Autres dépenses	3 436 102	2 006 859
Total des dépenses	**6 220 528 $**	**4 221 908 $**
Excédent	**132 202 $**	**714 656 $**

7.2.2 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

Fonds d'exploitation	2008		2007	
	Activités principales	Avoir propre	Activités principales	Avoir propre
Solde créditeur - au début	**174 615 $**	**786 074 $**	**367 664 $**	**436 619 $**
Additions				
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	85 501 $	25 646 $	186 367 $	
Régularisations – analyse financière	(133 325) $	136 100 $		372 151 $
Régularisations – autres				
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :				
– Fonds d'exploitation - Activités principales				
– Fonds affectés				
– Fonds des activités régionalisées				
Total des additions	**(47 824) $**	**161 746 $**	**186 367 $**	**372 151 $**
Déductions				
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits				22 696 $
Régularisations - analyse financière			367 665 $	
Régularisations - autres		420 100 $	11 751 $	
Total des déductions	**-- $**	**420 100 $**	**379 416 $**	**22 696 $**
Variation de l'exercice	**(47 824) $**	**(258 354) $**	**(193 049) $**	**349 455 $**
Solde créditeur - à la fin	**126 791 $**	**527 720 $**	**174 615 $**	**786 074 $**

Fonds des activités régionalisées	2008	2007
Solde créditeur - au début	**924 934 $**	**210 278 $**
Additions		
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations	132 202 $	714 656 $
Régularisations – analyse financière	2 107 $	
Régularisations – autres		
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :		
– Fonds d'exploitation - Activités principales		
– Fonds affectés		
– Fonds des activités régionalisées	439 978 $	
Total des additions	**574 287 $**	**714 656 $**
Déductions		
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		
Régularisations - analyse financière	2 466 $	
Régularisations - autres	440 171 $	
Total des déductions	**442 637 $**	**--- $**
Variation de l'exercice	**131 650 $**	**714 656 $**
Solde créditeur - à la fin	**1 056 584 $**	**924 934 $**

Fonds d'immobilisations	2008	2007
Solde créditeur - au début	**2 903 928 $**	**2 349 465 $**
Additions		
Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations		
Régularisations – analyse financière		
Régularisations – autres		81 365 $
Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds :		
– Fonds d'exploitation - Activités principales	302 575 $	192 750 $
– Fonds affectés	55 348 $	114 176 $
– Fonds des activités régionalisées	324 443 $	166 172 $
Total des additions	**682 366 $**	**554 463 $**
Déductions		
Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		
Régularisations - analyse financière		
Régularisations - autres		
Total des déductions	**--- $**	**--- $**
Variation de l'exercice	**682 366 $**	**554 463 $**
Solde créditeur - à la fin	**3 586 294 $**	**2 903 928 $**

7.2.3 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 2008

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2008	2007	2008	2007	2008	2007
Actif						
Encaisse	1 246 027 $	1 567 865 $	772 211 $	1 041 730 $		
Débiteurs	236 590	202 219	1 064 022	172 113		
Autres éléments	47 146	44 015	89 236	49 868		
Immobilisations					3 989 757 $	3 113 423 $
Total de l'actif	**1 529 763 $**	**1 814 099 $**	**1 925 469 $**	**1 263 711 $**	**3 989 757 $**	**3 113 423 $**
Passif						
Découvert de banque	--- $	--- $	47 557 $	29 845 $		
Créditeurs et charges à payer	875 252	705 280	821 328	308 932		
Autres éléments	---	148 130	---	---	403 463 $	209 495 $
Total du passif	**875 252 $**	**853 410 $**	**868 885 $**	**338 777 $**	**403 463 $**	**209 495 $**
Solde de fonds	**654 511 $**	**960 689 $**	**1 056 584 $**	**924 934 $**	**3 586 294 $**	**2 903 928 $**
Total du passif et du solde du fonds	**1 529 763 $**	**1 814 099 $**	**1 925 469 $**	**1 263 711 $**	**3 989 757 $**	**3 113 423 $**

7.2.4 Le bilan combiné des fonds affectés au 31 mars 2008

Bilan combiné	Fonds affectés	
	2008	2007
Actif		
À court terme		
Encaisse	2 771 074 $	1 261 388 $
Débiteurs	56 724 348	42 866 688
Autres éléments	19 429	13 279
Total - Actif à court terme	59 514 851	44 141 355
À long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	67 983 057	71 638 359
Total de l'actif	**127 497 908 $**	**115 779 714 $**
Passif		
À court terme		
Découvert et emprunts de banque	14 748 917	13 500 689
Créditeurs et charges à payer	20 040 886	17 557 614
Autres éléments	---	299 091
Total - Passif à court terme	34 789 803	31 357 394
Dette à long terme		
Enveloppes décentralisées des années antérieures	67 983 057	71 638 359
Total du passif	**102 772 860 $**	**102 995 753 $**
Solde de fonds	**24 725 048 $**	**12 783 961 $**
Total du passif et du solde de fonds	**127 497 908 $**	**115 779 714 $**

7.2.5 L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2008
Solde de fonds au début	**10 624 335 $**	**569 607 $**	**221 869 $**	**376 978 $**	**991 172 $**	**12 783 961 $**
Ajustements			49		5 453	5 502 $
Solde de fonds après ajustements	**10 624 335 $**	**569 607 $**	**221 918 $**	**376 978 $**	**996 625 $**	**12 789 463 $**
Augmentation						
Subventions du ministère	25 018 324 $	16 322 731 $	11 937 286 $	103 192 $	31 446 701 $	84 828 234 $
Revenus d'intérêts	242	822	48 675	19 707	122 664	192 110
Autres			3 964 218	19 594	328 992	4 312 804
Total	**25 018 566 $**	**16 323 553 $**	**15 950 179 $**	**142 493 $**	**31 898 357 $**	**89 333 148 $**
Diminution						
Attributions et intérêts sur emprunts	13 974 048 $	15 629 513 $		98 999 $	34 616 $	29 737 176 $
Contrats à budget			13 833 589			13 833 589
RTSS-Facturation provinciale					23 676 357	23 676 357
Autres	825 000		2 245 412	48 892	7 031 137	10 150 441
Total	**14 799 048 $**	**15 629 513 $**	**16 079 001 $**	**147 891 $**	**30 742 110 $**	**77 397 563 $**
Solde de fonds à la fin	**20 843 853 $**	**1 263 647 $**	**93 096 $**	**371 580 $**	**2 152 872 $**	**24 725 048 $**

L'état combiné de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés et du solde de fonds des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 2007

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Autres fonds affectés	Total 2007
Solde de fonds au début	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**1 315 517 $**	**12 139 186 $**
Ajustements					(193 366)$	(193 366)$
Solde de fonds après ajustements	**8 620 824 $**	**1 205 140 $**	**572 645 $**	**425 060 $**	**1 122 151 $**	**11 945 820 $**
Augmentation						
Subventions du ministère	19 041 744 $	12 081 773 $	11 557 142 $		27 282 385 $	69 963 044 $
Revenus d'intérêts	3 611	3 133	16 187	5 595	98 509	127 035
Autres			3 871 538	188 246	562 338	4 622 122
Total	**19 045 355 $**	**12 084 906 $**	**15 444 867 $**	**193 841 $**	**27 943 232 $**	**74 712 201 $**
Diminution						
Attributions et intérêts sur emprunts	15 903 080 $	12 560 576 $	711 920 $	148 509 $	248 652 $	29 572 737 $
Contrats à budget			13 021 392			13 021 392
RTSS – Facturation provinciale					21 540 205	21 540 205
Autres	1 138 764	159 863 $	2 062 331	93 414	6 285 354	9 739 726
Total	**17 041 844 $**	**12 720 439 $**	**15 795 643 $**	**241 923 $**	**28 074 211 $**	**73 874 060 $**
Solde de fonds à la fin	**10 624 335 $**	**569 607 $**	**221 869 $**	**376 978 $**	**991 172 $**	**12 783 961 $**

7.2.6 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 2008

Enveloppe régionale	2008
Enveloppe régionale	
Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	631 757 306 $
Affectation de l'enveloppe régionale	
Allocations aux établissements	594 949 285 $
Allocations aux organismes communautaires	14 713 324
Allocations à d'autres organismes	466 099
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	**610 128 708 $**
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	15 542 511
Autres	17 700
Total	**625 688 919 $**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	**6 068 387 $**
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les établissements publics	
- Comptes à payer signifiés	1 167 836
- Comptes à payer non signifiés	4 304 174
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R pour les organismes autres que les établissements publics	
- Comptes à payer signifiés	346 851
- Comptes à payer non signifiés	---
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**5 818 861 $**
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	249 526
Excédent de l'enveloppe sur les affectations	---

Compte tenu des changements apportés à la présentation de l'État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2007-2008, les données ne peuvent être présentées sur une base comparative au prix d'un effort raisonnable.

7.2.7 Les notes aux états financiers condensés

Note 1 – Constitution et objets

L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux* et d'autres dispositions législatives (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'Agence a été préparé par la direction selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous, pour se conformer aux exigences de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La préparation du rapport financier annuel de l'Agence exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et des passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Les conventions comptables en vigueur

Les conventions comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables, généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- Les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisations ne sont pas amorties et les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du produit net résultant de l'aliénation est comptabilisé directement dans le solde du fonds acquéreur. De plus, les immobilisations corporelles et les actifs incorporels ne sont pas présentés distinctement;

- Aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

- Les revenus provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations, à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le Ministère comme revenu, eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputées à une année financière écoulée, est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

- De façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire) pour l'acquisition et le développement d'immobilisations, dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

- Pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas toujours reportés;
- Pour les fonds affectés, les subventions accordées avant le 1er janvier de l'exercice pour des activités qui se réaliseront au cours des exercices subséquents ne sont pas toujours reportées;
- Aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;
- Les fonds autres que les fonds d'exploitation et les fonds d'activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds;
- Les contrats de location-acquisition, intervenus avant le 31 mars 2003, sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;
- L'information sur la juste valeur de chaque catégorie d'actifs financiers et de passifs financiers, constatés et non constatés, n'est pas présentée;
- Les ajustements des revenus et des dépenses de chacun des fonds, s'appliquant aux exercices antérieurs, sont comptabilisés dans le solde du fonds correspondant. Cependant, les chiffres de l'exercice antérieur fournis pour fins de comparaison ne sont jamais redressés, même si l'impact de ces redressements peut être déterminé;
- La dépense d'intérêts sur la dette à long terme et la subvention correspondante sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité de caisse.

La comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent;
- Le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation, le fonds des activités régionalisées et les fonds affectés, et montre le solde de la dette correspondante;
- Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à la fonction de représentant d'établissements, ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements, et que l'Agence assume dans les limites de ses pouvoirs;
- Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.

L'attribution des subventions

Les attributions aux établissements et aux organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

L'état des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté, car il n'apporterait pas de renseignement supplémentaire utile pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, d'activités régionalisées, d'immobilisations et affectés se retrouvent à la note 3.

L'avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents, libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Les immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût dans le fonds d'immobilisations. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Le contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété, sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition, et sont inclus dans les immobilisations corporelles et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé en vertu des contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

Les revenus reportés

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées, pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et les services correspondants demeurent à réaliser, et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;
- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent, et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;
- subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;
- subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Les régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestation déterminée gouvernementaux, compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestation déterminée.

Les modifications futures de conventions comptables

Au cours du prochain exercice, l'Agence appliquera les nouvelles recommandations de l'Institut canadien des comptables agréés, quant au nouveau chapitre 3031 - « Stocks ». Ce dernier prescrit le traitement comptable des stocks, notamment sur la détermination du coût et sa comptabilisation ultérieure en charges, y compris toute dépréciation jusqu'à la valeur nette de réalisation.

Par ailleurs, l'Institut canadien des comptables agréés a également publié le chapitre 3064 - « Écarts d'acquisition et actifs incorporels » en remplacement des chapitres 3062 - « Écarts d'acquisition et autres actifs incorporels » et 3450 - « Frais de recherche et de développement ». Ce nouveau chapitre établit des normes de comptabilisation, d'évaluation et d'information applicables aux écarts d'acquisition et aux actifs incorporels, y compris les actifs incorporels générés en interne. Ce chapitre s'appliquera aux états financiers des exercices ouverts à compter du 1er octobre 2008.

La direction estime qu'il n'y aura pas d'incidence sur ses états financiers au regard de l'application de ces nouvelles normes.

Note 3 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation, et des activités régionalisées, affectées et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel, sont les suivants :

	2008	2007
Fonds d'exploitation : Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	302 575 $	192 750 $
Fonds d'immobilisations Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	682 366 $	554 463 $
Fonds des activités régionalisées : Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	324 443 $	166 172 $
Fonds affectés : Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	55 348 $	114 176 $

Note 4 – Emprunt bancaire

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée de 20 000 000 $ au taux de base des acceptations bancaires d'un mois d'échéance, majoré de 0,30 %, pour les emprunts effectués par billets-grille et par période de trente jours.

Les emprunts effectués directement sur la marge de crédit, non empruntés en billets-grille, portent intérêts au taux préférentiel de la Banque, moins 1,25 %.

La convention de crédit est renégociable le 1er janvier 2011.

Au 31 mars 2008, les emprunts se répartissent ainsi :

	2008	2007
Emprunt sur billets-grille au taux de base des acceptations bancaires, majoré de 0,30 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2008 est de 3,91 %.	14 720 593 $	12 361 451 $
Emprunt sur marge de crédit au taux préférentiel, moins 1,25 %. Le taux en vigueur au 31 mars 2008 est de 5,25 %.	28 324	1 139 238
	14 748 917 $	**13 500 689 $**

Note 5 – Dette à long terme

La dette à long terme des fonds affectés Immobilisations et Équipements est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements, et est payable à Financement-Québec.

	2008	2007
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,823 %, remboursable par versements annuels de 717 024 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2009.	7 648 459 $	8 365 483 $
Emprunt, portant intérêt au taux de 3,889 %, remboursable par versements annuels de 215 764 $, garanti par une hypothèque mobilière, échu en juillet 2007.	---	2 764 155
Emprunt, portant intérêt au taux de 6,186 %, remboursable par versements annuels de 412 033 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2015.	4 523 005	4 935 038
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,76 %, remboursable par versements annuels de 62 955 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en octobre 2012.	1 259 108	1 322 064
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 291 496 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	5 246 928	5 538 424
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,927 %, remboursable par versements annuels de 914 757 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	914 757	1 829 514
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 16 088 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	386 103	402 191
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,384 %, remboursable par versements annuels de 820 183 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2014.	9 456 761	10 276 944
Emprunt, portant intérêt au taux de 5,824 %, remboursable par versements annuels de 253 676 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2008.	2 709 241	2 962 917
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,215 %, remboursable par versements annuels de 607 453 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2011.	6 572 715	7 180 168
Emprunt, portant intérêt à un taux variant de 4,66 % à 9,82 %, remboursable par versements annuels variables, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	17 132 495	21 215 448
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 477 893 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	5 774 359	---
Emprunt, portant intérêt au taux de 4,146 %, remboursable par versements annuels de 81 089 $, garanti par une hypothèque mobilière, échéant en décembre 2014.	2 027 230	---
Emprunt, portant intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,30 % (3,91 % au 31 mars 2008), financé sur marge de crédit garantie par une hypothèque mobilière, échéant en mars 2023.	4 331 896	4 846 013
Sous-total	**67 983 057 $**	**71 638 359 $**
Tranche échéant à moins d'un an	**(12 777 193) $**	**(10 942 774) $**
TOTAL	**55 205 864 $**	**60 695 585 $**

Les montants des versements en capital à effectuer au cours des cinq prochains exercices se détaillent comme suit :

▪ 2009	12 777 193 $
▪ 2010	14 416 270
▪ 2011	6 382 099
▪ 2012	7 701 986
▪ 2013	3 975 900
	45 253 448 $

Note 6 – Obligations découlant de contrats de location-acquisition

	2008	2007
Contrat de location de photocopieurs, d'un montant de 93 540 $, remboursable par versements mensuels de 1 551 $, échéant le 13 mars 2011	56 151 $	74 822 $
Contrats de location de matériel informatique, d'un montant total de 602 252 $, remboursable par versements mensuels de 10 060 $, échéant du 31 mars 2009 au 31 mars 2013	347 312	134 673
Montant total des paiements minimums futurs	**403 463 $**	**209 495 $**
Tranche échéant à moins d'un an	**(139 333) $**	**(89 252) $**
Total	**264 130 $**	**120 243 $**

Les paiements minimums futurs exigibles sur les contrats de location-acquisition au cours des prochains exercices sont les suivants :

▪ 2009	139 333 $
▪ 2010	115 308 $
▪ 2011	101 794 $
▪ 2012	38 341 $
▪ 2013	8 687 $

Note 7 – Régimes de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentés au rapport financier annuel.

Au 1er janvier 2008, le taux de cotisation pour le RREGOP a augmenté de 7,06 % à 8,19 % de la masse salariale cotisable, et celui du RRPE de 7,78 % à 10,54 %. Le taux de cotisation du RRF est demeuré à 7,25 %.

Note 8 - Provision pour vacances, congés de maladie et heures supplémentaires

Les sommes à payer au 31 mars 2008 au regard des banques de vacances, de congés de maladie et des heures supplémentaires cumulés ne sont pas inscrites au rapport financier annuel et se détaillent ainsi :

	2008	2007
Vacances	618 557 $	607 968 $
Congés de maladie	51 413	45 743
Heures supplémentaires	94 030	---
Total	**764 000 $**	**653 711 $**

Note 9 – Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux, ainsi qu'avec tous les organismes et les entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés, autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

7.3 Les allocations des ressources financières aux établissements

7.3.1 Les allocations 2007-2008

En 2007-2008, les revenus des établissements ont été de 689 410 466 $, incluant le budget de fonctionnement accordé par l'Agence, la contribution des usagers et les ventes de services, dont 679 593 871$ pour les établissements publics et 9 816 595 $ pour les établissements privés conventionnés. Vous trouverez au tableau suivant le détail de ce budget par établissement, ainsi que les surplus et les déficits pour l'exercice 2007-2008 et 2006-2007. Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a une autorisation de déficit de 4 731 000 $; il a donc respecté son cadre budgétaire.

L'allocation des ressources financières aux établissements
Résultat des exercices 2007-2008 et 2006-2007

	2007-2008			2006-2007
Nom de l'établissement	Revenus	Dépenses	Surplus (déficit) des activités principales	Surplus (déficit) des activités principales
	$	$	$	$
Établissements publics				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	321 735 872	326 462 285	(4 726 413)	(4 416 204)
Centre jeunesse de l'Estrie	39 664 278	39 422 162	242 116	59 912
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	4 585 271	4 546 238	39 033	257 920
Centre d'accueil Dixville	7 304 993	7 147 785	157 208	114 034
Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke)	19 906 361	19 672 787	233 574	212 836
Centre de réadaptation Estrie	16 076 053	16 057 531	18 522	16 377
Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	129 548 259	128 855 223	693 036	2 840
Centre de santé et de services sociaux des Sources	19 147 756	19 185 082	(37 326)	(40 919)
Centre de santé et de services sociaux de la MRC-de-Coaticook	15 238 323	15 185 420	52 903	279
Centre de santé et de services sociaux du Granit	27 354 647	27 169 310	185 337	5 242
Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-François	16 187 663	16 187 663		52 081
Centre de santé et de services sociaux du Val-Saint-François	20 749 364	20 499 766	249 598	1 462
Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog	42 095 031	41 633 761	461 270	368 939
Total partiel	679 593 871	682 025 013	(2 431 142)	(3 365 201)
Établissements privés conventionnés				
Villa Marie-Claire	1 514 564	1 494 315	20 249	(20 037)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi Shermont	4 517 286	4 538 751	(21 465)	90 489
La Maison Blanche de North Hatley	3 784 745	3 708 978	75 767	267 551
Total partiel	9 816 595	9 742 044	74 551	338 003
Total global	**689 410 466**	**691 767 057**	**(2 356 591)**	(3 027 198)

7.3.2 Les autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au Ministère cinq autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2007-2008. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2008.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2008		
Budget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	632 915 041 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
▪ Équilibre budgétaire	34 000 000 $	5,3720 %
▪ Ajustement régional	4 000 000 $	0,6320 %
Dépenses en immobilisations		
▪ Acquisitions autofinancées	11 384 635 $	1,7988 %
Total	**49 384 635 $**	**7,8028 %**

Le total des autorisations d'emprunt a augmenté de près de 11,4 millions de dollars en 2007-2008, passant de 38,0 millions au 31 mars 2007 à 49,4 millions au 31 mars 2008, et ce, en raison du déficit autorisé au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de 4,7 millions, et du projet de construction de la buanderie, de 7,0 millions.

7.3.3 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Après discussion avec le Ministère, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2007-2008, la somme de 4 731 096 $. Le tableau suivant indique que la cible budgétaire a été respectée.

	2007-2008		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	4 731 000 $	4 723 681 $	7 319 $

Nous devons souligner les efforts remarquables déployés par les établissements en 2007-2008 pour respecter le cadre budgétaire fixé par l'Agence.

7.4 L'allocation des ressources aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Maintien à domicile		
Aide communautaire de Lennoxville et des environs	190 205 $	196 159 $
Centre d'action bénévole du Granit	177 455 $	184 897 $
Carrefour du partage de Magog - C.A.B.	112 881 $	116 545 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord	110 310 $	113 918 $
Centre d'action bénévole de la M.R.C. de Coaticook	158 559 $	165 587 $
Centre d'action bénévole de Windsor	96 452 $	99 753 $
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	209 053 $	217 191 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker	112 289 $	115 940 $
Centre de bénévolat de Richmond	91 598 $	94 793 $
Centre de bénévolat Valcourt et région	86 471 $	89 553 $
L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	147 535 $	152 551 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	161 335 $	168 423 $
La Société Alzheimer de l'Estrie	83 559 $	85 397 $
Rayon de soleil de l'Estrie	66 857 $	70 098 $
Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	234 328 $	241 252 $
Sercovie	213 612 $	220 081 $
Les Soins palliatifs la Rose des vents de l'Estrie	156 795 $	162 014 $
Total	**2 409 294 $**	**2 494 152 $**
Promotion et services à la communauté		
A.P.A.M.M.E.	161 844 $	181 188 $
A.R.C.H.E. de l'Estrie	- $	187 026 $
Aide communautaire de Lennoxville et des environs (pers. âgées)	10 719 $	10 955 $
Animation Jeunesse Haut-St-François	22 944 $	25 218 $
Association de la fibromyalgie de l'Estrie	59 288 $	82 969 $
Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	75 508 $	105 668 $

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Association de parents PANDA de l'Estrie	94 609 $	109 304 $
Association de parents PANDA de l'Estrie	4 409 $	4 506 $
Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	75 641 $	82 446 $
Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	28 641 $	38 353 $
Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens Estrie	145 034 $	154 858 $
Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	70 443 $	73 172 $
Association des sourds de l'Estrie	25 101 $	27 078 $
Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A)	24 831 $	26 359 $
Association du syndrome de Down de l'Estrie	45 708 $	49 121 $
Association Épilepsie Estrie	19 678 $	22 700 $
Association Estrienne pour l'information et la formation des aînés et aînées	11 186 $	15 654 $
Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité de l'Estrie	46 678 $	50 112 $
Au point 14-18 de Danville	70 442 $	73 172 $
Azimut-nord	28 411 $	30 364 $
Banque alimentaire Memphrémagog	50 486 $	66 805 $
Bulle et Baluchon	114 938 $	119 874 $
Cuisines collectives Le Blé d'Or de Sherbrooke	60 549 $	65 420 $
Carrefour du partage de Magog (personnes âgées)	1 046 $	1 069 $
Centre d'action bénévole de Sherbrooke (CAB)	31 661 $	44 308 $
Centre d'action bénévole de Sherbrooke	161 904 $	- $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	22 704 $	23 203 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles)	16 175 $	16 531 $
Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (pers. âgées)	4 013 $	4 101 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (Parrainage civique)	14 764 $	15 089 $
Centre d'action bénévole de la Missisquoi-Nord (pers. agées)	3 658 $	3 738 $
Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	10 420 $	10 649 $
Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)	3 956 $	4 043 $

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Centre d'action bénévole du Granit (CAB)	25 180 $	25 734 $
Centre d'action bénévole du Granit (personnes âgées)	9 391 $	9 598 $
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	10 132 $	10 355 $
Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (pers. âgées)	7 397 $	7 560 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	9 264 $	9 468 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	16 671 $	17 037 $
Centre d'action bénévole R.H. Rediker (p.âgées)	4 705 $	4 809 $
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de l'Estrie	238 722 $	315 111 $
Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	45 135 $	56 392 $
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	7 259 $	7 419 $
Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	84 635 $	105 668 $
Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	14 548 $	14 868 $
Centre de bénévolat de Richmond (personnes âgées)	3 688 $	3 769 $
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (CAB)	9 264 $	9 468 $
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (personnes âgées)	3 364 $	3 438 $
Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (familles)	924 $	943 $
Centre de santé des femmes de l'Estrie	90 922 $	105 668 $
Centre des femmes de la MRC du Granit	132 393 $	168 606 $
Centre des femmes du Val-Saint-François	140 447 $	168 784 $
Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	11 707 $	11 965 $
Centre des femmes La Parolière	132 412 $	168 607 $
Centre des femmes Lennoxville et environs	133 508 $	169 237 $
Centre des femmes Memphrémagog	136 515 $	168 697 $
Centre des jeunes de Lennoxville	70 496 $	73 375 $
Centre l'Élan	126 268 $	136 221 $
Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	133 457 $	169 236 $
Centre Regroupement Jeunesse de Rock-Forest	64 706 $	67 457 $

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	153 742 $	160 663 $
Corporation jeunesse Memphrémagog	80 960 $	86 280 $
Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	59 849 $	66 805 $
Diabète Estrie	27 407 $	38 353 $
Élixir	109 723 $	118 769 $
Famille Espoir	12 554 $	12 830 $
Famille Plus	12 554 $	12 830 $
Handi-capable	- $	20 140 $
IRIS Estrie	214 496 $	20 440 $
JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	330 189 $	353 017 $
L'Autre-Rive	122 088 $	131 949 $
L'Ensoleillée - Ressource communautaire en santé mentale	100 490 $	109 876 $
L'Escale de l'Estrie	599 512 $	707 508 $
La Bouée Régionale Lac-Mégantic	490 218 $	592 810 $
La Chaudronnée de l'Estrie inc.	38 398 $	56 392 $
La Cordée transit de jour	317 135 $	331 287 $
La Croisée des Sentiers	93 509 $	102 741 $
La Cuisine Amitié de la MRC des Sources	45 344 $	49 123 $
La Grande Table	32 697 $	44 308 $
La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	41 595 $	22 287 $
La Maison Caméléon de l'Estrie	38 049 $	41 414 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	15 666 $	16 011 $
La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 412 $	4 509 $
La Maison de la famille du Granit	19 618 $	20 050 $
La Maison des familles FamillAction	- $	395 $
La Maison des jeunes Actimaje	70 980 $	74 312 $
La Maison des jeunes de Coaticook	70 980 $	74 311 $

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
La Maison des jeunes de l'Or Blanc	82 020 $	85 004 $
La Maison des jeunes de la St-François	93 817 $	97 650 $
La Maison du point tournant	59 288 $	82 969 $
La Méridienne	463 747 $	592 796 $
La Passerelle de Weedon	123 754 $	168 696 $
La Société Alzheimer de l'Estrie	75 508 $	105 668 $
La Source-soleil	285 866 $	303 278 $
Le Club Étincelles de Bonheur de la MRC du Haut-St-François	49 913 $	56 392 $
Le Comité de la rélève de Scotstown	9 133 $	9 334 $
Le Domaine de la sobriété	100 835 $	109 685 $
Le Pont, organisme de justice alternative	283 817 $	290 061 $
Le Rivage du Val-St-François	116 152 $	125 882 $
Le Seuil de l'Estrie	161 938 $	172 133 $
Les Fantastiques de Magog	52 022 $	56 705 $
Les Grands frères et les grandes soeurs de Sherbrooke	11 186 $	22 700 $
Les Jeunes du coin d'Ascot	70 496 $	73 374 $
Les Cuisines collectives du Haut-St-François	37 341 $	56 392 $
Les Soupapes de la bonne humeur	59 750 $	64 604 $
Les Tabliers en folie	68 729 $	73 780 $
Maison de la famille de Sherbrooke	1 693 $	1 730 $
Maison de la famille Memphrémagog	15 645 $	15 989 $
Maison des grands parents de Sherbrooke	3 720 $	3 802 $
Maison des jeunes de Fleurimont	11 427 $	13 005 $
Maison des jeunes de Waterville «Les Pacifistes»	26 334 $	28 683 $
Maison des jeunes l'Initiative	70 657 $	73 981 $
Maison Jeunes-Est	154 874 $	190 268 $
Marraine Tendresse de l'Estrie	2 878 $	8 056 $

Organismes communautaires	2006-2007 Base annuelle	2007-2008 Base annuelle
Moisson-Estrie	86 822 $	105 663 $
Moment-HOM - Centre d'entraide pour hommes de l'Estrie	5 593 $	7 827 $
Naissance-Renaissance Estrie	85 946 $	132 515 $
Place des jeunes l'Intervalle de Bromptonville	11 427 $	13 005 $
Points Jeunesse du Granit	82 062 $	87 406 $
Promotion et défense des droits en santé mentale de l'Estrie (Pro-Def)	82 771 $	93 430 $
Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	15 814 $	16 162 $
Regroupement des organismes communautaires (ROC) Estrie	65 734 $	69 708 $
Réseau d'appui aux familles monoparentales et recomposées de l'Estrie (RAME)	14 867 $	15 194 $
Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 841 $	3 926 $
Ressources communautaires en santé mentale «l'Éveil»	93 680 $	102 916 $
S.O.S. grossesse Estrie	75 508 $	105 666 $
S.P.E.C. Tintamarre inc.	161 105 $	172 233 $
Secours-Amitié (Estrie)	136 555 $	149 827 $
Séjour la Bonne œuvre	481 415 $	582 616 $
Sercovie (personnes âgées)	26 740 $	27 329 $
Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	75 508 $	105 663 $
Société de l'autisme et du trouble envahissement du développement de l'Estrie	25 188 $	26 724 $
SPOT Jeunesse de Sherbrooke	70 498 $	73 376 $
Unité DOMREMY d'Asbestos	40 297 $	56 392 $
Unité DOMREMY Danville-Shipton	18 406 $	20 140 $
Unité DOMREMY De Windsor	11 764 $	12 529 $
Virage santé mentale	99 827 $	109 198 $
Zone libre Memphrémagog	66 249 $	70 487 $
Total	**10 612 821 $**	**12 046 512 $**
Grand total	**13 022 115 $**	**14 540 664 $**

Nombre d'organismes soutenus en 2007-2008 : 125

8. Les défis des prochaines années

Plusieurs initiatives ont été mises de l'avant par le gouvernement pour supporter une meilleure accessibilité et continuité des services au cours des dernières années. Rappelons le virage ambulatoire des années 90, la priorité à la première ligne, la création des groupes de médecine de famille, le regroupement des centres hospitaliers universitaires, l'intensification des activités de prévention et de promotion, l'approche par programme-service, l'attribution des budgets selon une méthode d'équité tenant compte de la base populationnelle, la création des centres de santé et de services sociaux, une gestion serrée des plans d'effectifs médicaux, la création des réseaux universitaires intégrés de santé, la hiérarchisation des services, l'application du concept de responsabilité populationnelle, et un rehaussement important des ressources financières pour le fonctionnement des établissements, pour l'amélioration et le maintien des parcs immobiliers, ainsi que pour le remplacement et le développement de la haute technologie.

Toutes ces mesures ont donné et continueront à donner des résultats tangibles, mais l'offre ne suffit toujours pas à la demande. Le manque de médecins et d'autres professionnels de la santé, les longues listes d'attente et les délais d'accès dans plusieurs secteurs témoignent que nous ne sommes pas au bout de nos peines. Nous n'avons pas d'autre choix que d'accélérer les stratégies visant à améliorer la performance du réseau.

En Estrie, nous croyons fermement aux possibilités d'améliorer la productivité et l'accessibilité. Un réseau responsable axé sur la prise en charge et la continuité des soins pour chaque client est la clé du succès. La récente initiative du ministre mandatant trois régions du Québec, dont la nôtre, d'exercer une plus grande autonomie de gérance tout en augmentant l'imputabilité nous aidera grandement pour travailler à la performance de notre réseau. Comme en témoigne le présent document, nous pouvons constater une amélioration sensible de l'offre de service en 2007-2008. L'accessibilité s'est améliorée et la continuité des services se renforcit. Mais, comme ailleurs au Québec, il reste beaucoup à faire. L'Estrie a toujours été une région avant-gardiste dans le domaine de l'organisation des services de santé et des services sociaux. La concertation entre les partenaires et la qualité du personnel demeurent nos deux principaux atouts. Les ressources de l'État étant limitées, nous profiterons de notre désignation comme région autonome pour insister davantage sur la performance de nos établissements, bien qu'elle soit déjà remarquable. Nous nous attaquerons à nos façons de faire, nous modifierons nos pratiques cliniques si nécessaires, nous investirons dans la qualité et la pertinence, et nous inviterons chaque membre du réseau à collaborer à l'amélioration de la performance..

Nous avons identifié des problématiques nécessitant, de façon prioritaire, une intensification des efforts :

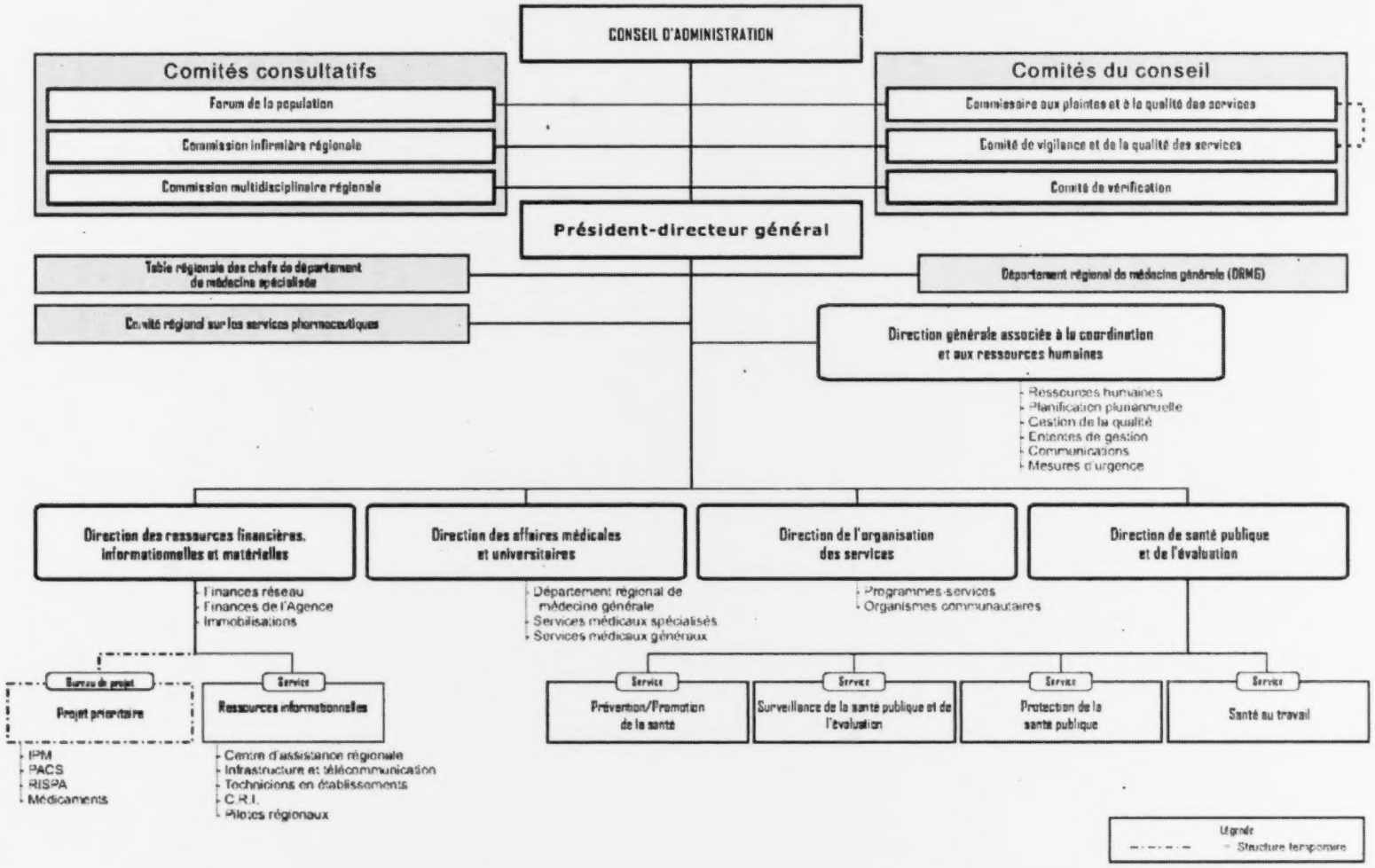
- l'organisation de la première ligne en santé mentale et l'accès aux services spécialisés;
- la prise en charge des clientèles vulnérables, en particulier les orphelines;
- l'accès aux services médicaux spécialisés;
- l'arrimage de la première et de la deuxième ligne, non seulement pour les services médicaux, mais pour l'ensemble des programmes-services;
- l'accès à un médecin de famille;
- la réduction des listes d'attente dans tous les programmes;
- la diminution significative du temps d'attente pour l'accès à l'imagerie médicale;
- l'attraction, la rétention et le développement de la main-d'œuvre;
- la réorganisation du travail en soins de longue durée;
- la qualité des services.

Fiers de l'amélioration des dernières années, nous sommes confiants de relever le défi et ainsi d'assurer à toute la population de l'Estrie un accès adéquat à des services de qualité.

ANNEXES

ANNEXE I

L'organigramme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2008



ANNEXE 2

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

La déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de la Régie régionale :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- de répartir équitablement les ressources mises à sa disposition;
- d'assurer une organisation des services favorisant l'accessibilité et la continuité;

Considérant la mission de la Régie régionale :

> « La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins; conformément à la loi, la Régie régionale vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires »;

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources;

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Note : Il s'agit du code d'éthique adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 8 mai 2002. Lorsque vous lisez « Régie régionale », veuillez comprendre « Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie ».

Les devoirs et obligations

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie, et signer à cet effet l'annexe I du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration, et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de la Régie régionale de l'Estrie.
- Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de la Régie régionale et de la population de la région de l'Estrie.
- Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.
- Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de la Régie régionale, en utilisant un langage et un comportement appropriés, et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.
- Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est jugée confidentielle par le conseil d'administration.
- Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.
- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

La confidentialité et les conflits d'intérêts

- Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts, ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.
- Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.
- Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.
- Tout administrateur autre que le président-directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise, qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration, doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision, lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.
- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.
- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code, et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Les activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01), le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme, qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective, doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.
- Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Les règles relatives aux assemblées

- L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.
- L'administrateur respecte les droits et les privilèges des autres administrateurs.
- L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.
- Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position, et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y œuvrent.

L'intégrité

- L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.
- L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

L'application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.
- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête, tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête, relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.
- L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.
- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires, ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.
- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.
- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.
- Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.
- Les personnes qui effectuent une enquête, ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions, ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

La publicité du code

- La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
- Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

ANNEXE 3

Le bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la fin de la treizième période financière 2007-2008

La déclaration de fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, à la treizième période financière, relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité, ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2007-2008.

Signé à Sherbrooke, le 30 mai 2008

Dr Michel Baron
Président-directeur général

Les fiches de reddition de comptes

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Santé publique : Développement, adaptation et intégration sociale

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Poursuivre la réalisation du programme Fluppy dans l'ensemble des territoires de l'Estrie et déployer 100 % de l'offre de service selon la cible prévue : • hausse du nombre de classes de maternelle; • hausse du nombre de familles desservies; • hausse de l'intensité des visites à domicile.

Indicateurs	Cibles	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008
Nombre de classes de maternelle ciblées qui appliquent le programme	85	79	Les données 2007-2008 seront disponibles deux mois après la fin de l'année scolaire
Nombre d'enfants bénéficiant du suivi intensif à domicile	170	138	
Nombre annuel moyen de visites par enfant bénéficiant du suivi intensif à domicile	12 à 15	7,85	

Commentaires

Résultats

En ce qui a trait au nombre de classes de maternelle, des informations préliminaires nous indiquent que cette cible sera atteinte pour l'année 2007-2008.

Par ailleurs, nous ne disposons pas d'information spécifique quant au nombre d'enfants bénéficiant du suivi intensif à domicile. Il est probable que le nombre de familles rejointes et l'intensité du suivi aient progressé, mais il est aussi probable que la cible ne soit pas atteinte à 100 % pour la région.

Discussion

L'atteinte de la cible reliée au suivi intensif familial est tributaire de l'acceptation de l'intervention par les parents. Dans certaines MRC, on observe un taux de refus de près de 50 % des parents. De plus, en milieu rural, le nombre limité d'enfants fréquentant les classes de maternelle ne permet pas de cibler nécessairement deux enfants par classe; ce qui limite le nombre potentiel de familles à suivre. Cependant, et malgré les commentaires précédents, on observe de meilleurs résultats dans certains territoires.

Nom :	Catherine Noreau	Date :	30 avril 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Santé publique – Habitudes de vie et maladies chroniques

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT).		
Indicateurs	**Résultats 2006-2007**	**Cibles 2007-2008**	**Résultats 2007-2008**
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)	225	233	214
Nombre de participants à des groupes de cessation du tabagisme	49	monitorage	57

Commentaires

Dans le cadre du Programme national de santé publique 2003-2012, du Plan québécois de lutte contre le tabagisme et du PQAT, le ministère de la Santé et des Services sociaux favorise la mise en œuvre de services de cessation tabagique gratuits et accessibles dans toutes les régions du Québec (CAT).

Sept CAT sont implantés dans chacune des MRC de l'Estrie dans les centres de santé et de services sociaux (vocation CLSC) depuis 2002.

Résultats

Dans les CAT de l'Estrie, en 2007-2008, 214 fumeurs ont bénéficié des services de cessation tabagique en entrevue individuelle, et 57 fumeurs ont participé à des rencontres de groupes (offertes par les intervenants de quatre CAT). Au total, 705 interventions ont été faites auprès de ces fumeurs par les intervenants des sept CAT de l'Estrie (comparer à 662 interventions en 2006-2007).

Nom :	Denise Beauséjour	Date :	19 mai 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,98 %	5,87 %	5,91 % (P12) 5,89 % (P13)

Commentaires

Le résultat de 2007-2008 est basé sur le résultat de treize établissements du réseau de la santé et des services sociaux estrien.
Les résultats indiquent une meilleure performance que l'année dernière :

- six établissements sur treize ont atteint leur cible, trois établissements sont très près de l'atteindre et quatre ne l'ont pas atteinte;
- certains établissements ont connu une augmentation de leur ratio due à des problématiques de santé liées au vieillissement de leur main-d'œuvre (problèmes physiques, maladies chroniques).

En terminant, plusieurs établissements travaillent à l'amélioration de la gestion de la présence au travail, notamment par le biais d'un diagnostic organisationnel et/ou d'un plan d'action local en la matière.

Nom : Nicole Berthiaume	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Prévention et contrôle - Infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
P1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au Programme de prévention des infections nosocomiales – CHU SGS	4/4 (100%)	4/4 (100%)	2/5 (40 %)
P1 Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETP) affectées au Programme de prévention des infections nosocomiales – CHSLD	8/9 (89%)	9/9 (100%)	7/8 (87,5%)
P2 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCIN) fonctionnel	N/A	Comité mis en place dans cinq établissements (100%)	1/5 (20%)
P3 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	N/A	Programme adopté dans cinq établissements (100%)	4/5 (80%)

Commentaires

P1 – CHU SGS

En Estrie, cinq établissements offrent des services de courte durée. Parmi ceux-ci, deux établissements (40 %) atteignent le ratio recommandé d'une infirmière en prévention des infections nosocomiales pour 133 lits, et deux autres sont en voie de l'atteindre. Pour le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le ratio prévu est d'une infirmière/100 lits, alors que le ratio actuel est de 0,90 infirmière/100 lits ou 0,97/107 lits. Il est envisagé que le ratio soit conforme au cours de l'année 2008-2009, par l'ajout d'une infirmière au CHUS.

P1 – Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

En ce qui concerne les CHSLD, 7/8 établissements (87,5 %) atteignent le ratio recommandé pour 2007-2008 d'une infirmière/300 lits, pour une moyenne régionale de 1,16/300 lits ou 0,97/250 lits.

P2 – Comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCIN) fonctionnel

Les établissements de courte durée de la région ont tous mis en place un comité de PCIN, sauf un dont la création n'a été effective qu'en avril 2008. Parmi les quatre établissements ayant un comité, un seul a tenu six rencontres durant l'année (20 %), alors que les trois autres en ont tenues entre trois et cinq. Notons que la Table régionale de prévention des infections nosocomiales avait recommandé qu'afin d'être considérés fonctionnels, les comités devraient tenir au moins quatre rencontres par année, ce qui correspond donc aux orientations régionales.

P3 – Programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

Quatre des cinq établissements ont adopté un programme en Estrie. Des travaux sont prévus au cours de la prochaine année pour le cinquième établissement.

Nom : Nathalie Léonard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Prévention et contrôle - Infections nosocomiales**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

Indicateurs		**Résultats 2006-2007**	**Cibles 2007-2008**	**Résultats 2007-2008**
P4 Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	Répertoire	N/A	100%	75,00
	Catégorisation	N/A	100%	50,00
	Accord responsable	N/A	100%	35,00
	Accord au c/a	N/A	100%	30,00
	Désignation resp.	N/A	100%	30,00

Commentaires

Deux des dix établissements ont appliqué l'ensemble des lignes directrices en hygiène et en salubrité.

Par ailleurs, 75 % des établissements ont effectué le répertoire des surfaces et la moitié en ont fait la catégorisation. La réalisation des étapes 3 à 5 est débutée dans la majorité des établissements.

Mentionnons que le document « Les zones grises – Processus d'attribution des responsabilités », publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, permettra de mieux soutenir les établissements dans l'application des lignes directrices en hygiène et en salubrité.

Nom : Nathalie Léonard	**Date** : 30 mai 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Dépistage du cancer du sein**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS).

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.1.3 Taux de participation au PQDCS	63,9 %	65 %	65,4 %

Commentaires

Le taux de participation a augmenté, atteignant 65,4 % au 31 décembre 2007. Ce résultat dépasse la cible prévue à l'entente de gestion 2007-2008.

Une étude de la satisfaction de la clientèle et une campagne de communication pour souligner le 10e anniversaire du PQDCS seront réalisées au cours de la prochaine année.

Nom : Ginette Varin	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Protection – Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des ITSS.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.1.6 Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables rejointes par les Services intégrés de prévention et de dépistage des ITSS (SIDEP) dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS, mission CLSC)	676	676	603
1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors des murs du SIDEP	352	352	404

Commentaires

La cible pour les activités de dépistage à l'interne est atteinte à 89 %.

Cette diminution du nombre d'activités de dépistage à l'interne est principalement due à un retard dans le versement des sommes permettant des activités complémentaires aux activités de base.

Nom : Geneviève Petit	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services infirmiers et psychosociaux généraux**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies, et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	2 510	2 349	2 450
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,8	3,6	3,8

Commentaires
Les cibles régionales sont atteintes pour l'offre de services psychosociaux généraux à la population de l'Estrie.

Nom : France Leblanc	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services dans la communauté – Perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie desservies dans la communauté, et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	5 876	6 323	6 204
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	31,7	28,2	31,7

Commentaires

La cible est atteinte à 98 % pour le nombre d'usagers. Le nombre moyen d'interventions est de 12 % supérieur à la cible 2007-2008. Il est important de noter que le nombre moyen d'interventions par personne ne tient pas compte des services offerts par le biais d'allocations directes aux clients.

Mentionnons également que 36 % de 6 204 clients desservis cette année ont eu accès à un service visant à mieux coordonner l'ensemble des services qu'ils requièrent. Il s'agit là d'une augmentation de près de 30 % par rapport à l'an dernier.

Perspectives 2008-2009

Le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile devrait augmenter en 2008-2009, et ce, en lien avec les travaux de certification des résidences pour personnes âgées (RPA) et des efforts des centres de santé et de services sociaux pour rejoindre et desservir plus de personnes en RPA.

En terminant, rappelons que la cible 2010 consiste à desservir 16 % de la population de 65 ans et plus, et qu'en 2007-2008, le réseau estrien en a desservi 13,4 %.

Nom : Linda Dieleman	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en CHSLD en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 %, et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,34	3,35	3,35
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,27	0,27	0,27

Commentaires

Les CHSLD de la région de l'Estrie respectent et dépassent les cibles ministérielles 2010 pour le nombre d'heures de services offertes aux personnes hébergées dans ces établissements.

Perspectives pour 2008-2009

Considérant le resserrement des profils d'admissibilité en CHSLD, le vieillissement et les besoins accrus des personnes admises, il est à prévoir que les heures en soins infirmiers, d'assistance et en services professionnels augmenteront légèrement d'ici les prochaines années.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – Déficience physique

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique, et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 338	1 598	1 442
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	40,1	31,7	38,0

Commentaires

Le nombre d'usagers s'est accru de 104 usagers par rapport à 2006-2007, mais demeure encore sous la cible visée.

Parmi les facteurs explicatifs, il y a lieu de noter une codification erronée de certains groupes d'usagers en voie d'être rectifiée.

En contrepartie, la fréquence d'intervention auprès de ces personnes est élevée.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	***Soutien à domicile – Déficience physique***

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	315	304	337

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis est plus élevé que l'an dernier. De plus, on observe cette année un accroissement de 2 % du nombre total d'heures de services allouées pour des services de soutien aux familles.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	***Services spécialisés – Déficience physique***

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	2 823	2 856	3 202

Commentaires

La cible est dépassée, et ce, dans chacun des programmes :

- déficience motrice (1 363 usagers desservis = 2,7 % au-dessus de la cible ou 37 usagers additionnels);
- déficience visuelle (730 usagers desservis = 3,5 % au-dessus de la cible ou 25 usagers additionnels);
- déficience auditive (518 usagers desservis = 33 % au-dessus de la cible ou 129 usagers additionnels);
- déficience du langage et de la parole (591 usagers desservis = 41 % au-dessus de la cible ou 172 usagers).

Ces augmentations sont imputables, notamment à une révision des processus cliniques liés à l'organisation des services destinés aux enfants (Projet Apollo) et à l'allocation de crédits supplémentaires.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins, en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED, et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	525	528	564
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	11,5	9,15	11,5

Commentaires

Le nombre de personnes desservies est plus élevé que prévu (7 % au-dessus de l'attendu ou 36 usagers de plus). Cette augmentation par rapport à l'année 2006-2007 s'observe tant pour la clientèle avec un profil d'intervention DI, que pour celle avec un profil d'intervention TED.

La fréquence d'intervention est quant à elle demeurée stable par rapport à l'an dernier.

Nom : André Brien	**Date :** 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soutien à domicile – Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées, en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED, dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	425	430	448

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis a augmenté par rapport à l'an dernier et s'avère plus élevé que prévu. On note tout particulièrement une augmentation du nombre d'usagers avec un profil d'intervention TED (+ 30 usagers) par rapport à l'année 2006-2007.

Le nombre total d'heures allouées pour des services de soutien aux familles s'est légèrement accru par rapport à l'année 2006-2007, pour la clientèle avec un profil d'intervention DI, et a nettement augmenté pour la clientèle avec un profil d'intervention TED (augmentation des heures de soutien de 9 %).

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – Trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine, pour les enfants de moins de six ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement, en augmentant le nombre d'enfants desservis.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.5.7 Nombre d'enfants de moins de six ans recevant un ICI de type ABA	19	9	20
1.5.8 Nombre moyen d'heures hebdomadaires d'un ICI par enfant de moins de six ans	8,5	13	10,7

Commentaires

Le nombre d'enfants fréquentant le programme est demeuré stable par rapport à l'an dernier.

Si la cible du nombre d'heures hebdomadaires d'intervention n'est pas atteinte, on observe toutefois une nette amélioration par rapport à 2006-2007. Divers facteurs peuvent expliquer la non-atteinte de la cible :

- la fréquentation concomitante du service ICI et du centre de jour en pédopsychiatrie pour un certain nombre d'enfants;
- la difficulté pour des enfants ou pour certains parents d'assumer 13 heures hebdomadaires d'intervention;
- la difficulté pour l'établissement de combler certains remplacements de personnel absent (maladie) détenant une expertise spécifique, ou le refus des parents d'accepter un autre intervenant.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – Trouble envahissant du développement**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociales pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement, en augmentant le nombre de personnes âgées de six ans ou plus desservies.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.5.14 Nombre de personnes âgées de six ans ou plus recevant un service spécialisé (TED)	84	84	122

Commentaires

Cette cible est atteinte et largement dépassée (45 % au- dessus de l'attendu ou 38 usagers additionnels).

Chez les 6-21 ans, cela représente un dépassement de 40 % par rapport à la cible (83 usagers plutôt que 59).

Chez les plus de 21 ans, c'est un dépassement de 48 % (39 usagers plutôt que 25).

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne - Jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent, ainsi que leur famille, par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne sept interventions, par année, par usager.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	4 022	4 259	3 996
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,3	7,9	6,9

Commentaires

En 2007-2008, les résultats concernant le volume de clientèle Jeunes en difficulté rejointe par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) correspondent à 94 % de la cible, tout comme l'an dernier. Ainsi, 3996 jeunes et leur famille ont bénéficié des services psychosociaux des CSSS. Quant à l'intensité moyenne des services offerts, elle ne rencontre pas les engagements avec 6,9 interventions par usager, ce qui représente également une baisse comparativement aux résultats 2006-2007.

Ce sont principalement des problèmes de disponibilité d'effectifs qui compromettent, une fois de plus, l'accessibilité et l'intensité des services psychosociaux offerts par les CSSS de la région aux jeunes en difficulté et leur famille. Ces problèmes demeurent une préoccupation constante des établissements qui auront d'ailleurs à développer prochainement deux types de services :

- un service d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu;
- une programmation en négligence assurant la complémentarité entre la première et la deuxième ligne.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – Jeunes et leur famille en difficulté**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* (LSJPA), dans un délai moyen d'attente de douze jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu, et dans un délai moyen d'attente de trente jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la protection de la jeunesse	16,4	15,0	23,9
1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	31,2	33,0	25,5
1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	10,1	14,0	9,3
1.6.8 Taux de nouveaux placements en centre jeunesse	5,2	7,0	4,0

Commentaires

En 2007-2008, des mouvements significatifs de personnel n'ont pas permis de respecter les engagements de la Direction de la protection de la jeunesse à l'égard du délai d'attente à l'évaluation. Ainsi, le délai moyen d'attente à l'évaluation a été de 23,9 jours, bien au-delà de la cible escomptée et des résultats de l'an dernier. Dans ce contexte, différentes mesures ont été prises dont la priorisation des dossiers les plus urgents. Enfin, l'analyse permet de constater le fruit de ces démarches. Ainsi, depuis la période 5, il n'y a aucune liste d'attente réelle à l'évaluation et, en fin d'année, le délai d'attente a atteint son plus bas niveau dans l'année, avec 13,31 jours pour la période 13 (moyenne cumulative : 25,5 jours).

Par contre, toutes les cibles ont été atteintes. Le délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse se situe à 25,5 jours, et ce résultat représente un délai particulièrement inférieur à l'engagement et aux résultats de l'an dernier. Il en va de même pour le taux de placement en centre jeunesse qui équivaut à 4 jeunes/1000. Enfin, le délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse, en vertu de la LSJPA, se situe à 9,3 jours; un délai inférieur à celui de l'an dernier.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – Toxicomanie**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.7.1 Nombre de jeunes référés à des services spécialisés en toxicomanie à la suite d'une évaluation	144	145	130

Commentaires

En 2007-2008, 130 jeunes ont été référés aux services spécialisés du Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges à la suite d'une évaluation.

Comparativement à l'an dernier, le volume de clientèle rejointe est en baisse, quoiqu'il corresponde à 90 % de l'engagement. L'expérimentation du nouveau cadre normatif peut expliquer en partie ces résultats, bien qu'une baisse de demandes de services ait aussi été observée. Toutes les demandes ont tout de même été répondues sans délai d'attente.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Jeu pathologique**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	125	158	100

Commentaires

L'année 2007-2008 aura résulté en une baisse du volume de la clientèle ayant bénéficié de services spécialisés en jeu pathologique. Ainsi, 100 joueurs ont été traités par les intervenants du Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison Saint-Georges, comparativement à 125 l'an dernier ; ce qui correspond à 63 % de l'engagement. D'autre part, l'établissement a offert du soutien à seize proches de joueurs pathologiques.

Le Centre Jean-Patrice Chiasson/Maison St-Georges s'est penché sur cette problématique d'accessibilité et s'est investi dans un plan de communication faisant la promotion de ses services.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de crise et d'intégration dans la communauté – Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : • en suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); • en soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants).

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	175	329	190
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	45	80	10

Commentaires

Ces deux indicateurs sont intimement liés. On procède actuellement au transfert des activités de suivi d'intensité variable (SIV) du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) vers les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Cette opération est préalable à la mise en place du suivi intensif dans le milieu (SIM), mandat qui a été confié au CHUS à même les ressources rendues disponibles par le délestage de ces activités de première ligne au profit des CSSS. C'est ce qui explique le très faible nombre de places en suivi intensif dans le milieu.

Par contre, si le nombre moyen de places en suivi d'intensité variable en fin d'année n'est que de 190, le nombre de places occupées au cours de la période 13 est de 287. Cette augmentation de plus de 110 places par rapport à l'an dernier indique que le programme se met progressivement en place. L'importance des changements de pratique combinée à une croissance importante des effectifs en CSSS expliquent que les résultats attendus ne se manifestent pas aussi rapidement que prévu.

Des mesures sont prévues régionalement (formation, soutien clinique) pour soutenir les établissements dans la mise en place de ces nouveaux types d'intervention.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'urgence – Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale : • séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	20,2	18,0	18,9
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	11,5 %	9,0 %	9,8 %

Commentaires

La situation s'est améliorée par rapport à l'an dernier, mais les cibles ne sont toujours pas atteintes.

Des travaux se poursuivent au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke pour améliorer les durées de séjour à l'urgence psychiatrique :

- à l'interne : avec les chefs médicaux, notamment afin d'améliorer la gestion des épisodes de soins en soins aigus;
- à l'externe : avec les partenaires de première ligne et les autres cliniques-réseau, afin d'éviter la recrudescence des visites non justifiées à l'urgence en santé mentale.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne – Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne, offerts dans les centres de santé et des services sociaux (CSSS), en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de première ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	2 231	2 838	2 507

Commentaires

La cible est atteinte à 88 %. L'écart à la cible s'explique principalement par des difficultés reliées à la disponibilité des ressources humaines en santé mentale (recrutement et formation, congés de maternité, rétention du personnel…).

On observe aussi que l'offre de service en santé mentale jeunesse prend plus de temps à s'organiser que prévu. Des activités de formation et de soutien clinique dans ce secteur d'activités sont prévues pour la prochaine année.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de deuxième ligne – Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	431	222	130

Commentaires

Les délais d'attente au service de pédopsychiatrie respectent les standards établis.

En ce qui concerne la clientèle adulte, le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a mis sur pied un service de triage lui permettant de traiter, de prioriser et d'orienter avec un gain d'efficience spectaculaire toutes les demandes de consultations qui lui sont adressées. Un médecin psychiatre a pris la charge de ce nouveau service de triage. Par ailleurs, une infirmière à temps complet, ainsi qu'un infirmier à temps partiel et une secrétaire lui ont été assignés pour le supporter dans l'exercice de son mandat.

L'infirmière clinicienne affectée au service en question a permis des liens très étroits avec les différents professionnels qui ont adressé des demandes de consultation. Un formulaire a aussi été créé dans le but de mieux organiser l'information liée à une demande et, par conséquent, donner plus de chances de bien orienter chaque personne visée par une requête de services.

Finalement, un monitoring étroit a été exercé tout au long de l'année au niveau des activités de ce service. Deux objectifs de résultats à ce niveau : s'assurer d'un processus de triage efficient et d'une réponse dans les meilleurs délais aux demandes acheminées vers les différents professionnels ou services cliniques.

Ce service sera bientôt étroitement associé au guichet d'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale de chaque centre de santé et de services sociaux.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – Santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : • séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins; • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.9.1 Séjour moyen sur civière	10,4	10,8	11,0
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	11,8	13,0	13,1
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	1,7 %	2,0 %	1,7 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	1,6 %	1,9 %	2,4 %

Commentaires

Au niveau régional, la durée moyenne de séjour (DMS) sur civière est excellente par rapport aux centres hospitaliers du Québec ; cette dernière étant de 17,4 h. La performance régionale pour le séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus est également excellente lorsqu'on la compare à la DMS de cette clientèle au Québec, soit de 22,7 h.

Il en va de même pour le pourcentage des séjours de plus de 48 heures qui, à l'échelle de la province, sont respectivement de
6,1 % et de 11,5 %. Les gains encore possibles dépendent dorénavant de la performance à l'urgence psychiatrique et d'innovations pour la clientèle des 75 ans et plus.

Nom : Louise Lemire	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Soins palliatifs**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	668	865	730
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	22,3	17,3	24,0

Commentaires

Le nombre d'usagers desservis a augmenté de 8 % par rapport à l'an dernier en raison d'une meilleure compréhension des précisions au cadre normatif I-CLSC. Il n'y a pas de liste d'attente pour ce service.

Quant au nombre moyen d'interventions, il a augmenté de 7 % par rapport à 2006-2007.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Lutte contre le cancer**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.9.7 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	94,4 %	90,0 %	99,6 %

Commentaires

La cible 2007-2008 est dépassée et la situation s'est améliorée depuis l'an dernier. Mentionnons que le service de radio-oncologie utilise le système SOCRATE, ce qui lui permet une meilleure gestion des rendez-vous et une meilleure coordination du travail à effectuer.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Cardiologie tertiaire**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en électro-physiologie.

Indicateurs	**Résultats[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.9.10 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en électro-physiologie			
Catégorie A :	96 %	100 %	96 %
Catégorie B :	60 %	60 %	35 %

Commentaires

Les résultats attendus ne pourront être atteints que par l'ajout d'une salle entièrement dédiée à l'électrophysiologie.

Mentionnons également que plusieurs procédures n'ont pu être effectuées selon les délais prévus en raison des problèmes d'accessibilité aux lits, à la suite de l'engorgement des urgences pendant certaines périodes de l'année 2007-2008.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Cardiologie tertiaire

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en chirurgie cardiaque et en hémodynamie.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.9.19 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque et en hémodynamie			
Chirurgie cardiaque			
Catégorie A :	95 %	100 %	85 %
Catégorie B :	84 %	90 %	57 %
Hémodynamie			
Catégorie A :	99 %	100 %	98 %
Catégorie B :	94 %	90 %	86 %
Chirurgie cardiaque et hémodynamie - Total			
Catégorie A :	99 %	100 %	97 %
Catégorie B :	92 %	90 %	81 %

Commentaires

Les résultats 2006-2007 correspondent à la moyenne cumulative de P-4 à P-13, car les données des trois premières périodes n'étaient pas valides.

Les priorités 1 et 2 pour les chirurgies cardiaques sont toujours priorisées, mais la disponibilité et la politique interne du bloc opératoire ne permettent pas toujours de respecter les délais établis.

Ce sont des problèmes d'accessibilité aux lits, à la suite de l'engorgement des urgences pendant certaines périodes de l'année 2007-2008, qui ont empêché le respect des délais prescrits pour l'ensemble des demandes. Les cibles en hémodynamie sont presque atteintes.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Chirurgie**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou du genou, d'une chirurgie de la cataracte, ou d'une chirurgie d'un jour ou avec hospitalisation.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	122	121	123
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	158	168	130
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 695	2 705	3 042
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	8 974	9 097	8 729
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	7 128	7 179	7 387
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie de la hanche	4	0	7
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une arthroplastie du genou	20	0	15
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de six mois pour une chirurgie de la cataracte	4	0	4

Commentaires

L'engagement était de réaliser des chirurgies supplémentaires dans des domaines ciblés tout en respectant la priorité à accorder à la chirurgie oncologique.

Orthopédie

En raison des priorités opératoires et des listes d'attentes des orthopédistes, le nombre d'arthroplasties de la hanche a été dépassé, alors que le nombre d'arthroplasties du genou n'a été atteint qu'à 77 %.

Cataracte

Pour la chirurgie des cataractes, il y a eu amélioration des processus opératoires, ce qui a permis de traiter plus de patients. En effet, les chirurgiens traitent douze à quinze patients, plutôt que huit à dix patients par priorité. De plus, un nombre plus important que prévu de chirurgies de la cataracte ont été réalisées dans la MRC du Granit.

Autres chirurgies

Le nombre de chirurgies d'un jour a été atteint à 96 %, alors que le nombre de chirurgies avec hospitalisation a été dépassé de 3 %.

Respect des délais

La performance dans le traitement des patients à l'intérieur des délais prescrits est excellente. Au cours de la prochaine année, certains ajustements devraient permettre de ramener à zéro le nombre de patients en attente de plus de six mois.

Nom : Denyse Lamontagne	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Gestion des bâtiments et des équipements**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services, et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	Résultats[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
2.2.1 Consommation en giga joules (Gj) par mètre carré (m^2)	2,19	2,16	2,27

Commentaires

L'évolution prévue par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'illustre comme suit :

- 2004-2005 : 2,44 Gj/m^2
- 2005-2006 : 2,36 Gj/m^2
- 2006-2007 : 2,28 Gj/m^2
- 2007-2008 : 2,21 Gj/m^2
- 2008-2009 : 2,16 Gj/m^2

Les résultats 2007-2008 sont préliminaires. Les données devront être révisées à la suite du dépôt des rapports financiers des établissements.

La procédure actuelle pose une difficulté quand la superficie d'un établissement change en cours d'année. Aucune méthode de calcul n'est prévue dans la fiche descriptive de l'indicateur, contrairement au rapport financier. Chaque année, des écarts apparaissent entre les superficies déclarées dans le système d'information Gestred et celles indiquées aux rapports financiers. C'est pourquoi l'Agence ne peut valider l'information tant que les rapports financiers ne sont pas disponibles.

Nom : Lyna Fortin	**Date** : 30 mai 2008

[1] Résultats en date du 31 mars 2007
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2007-2008, additionné de celui de l'addenda, le cas échéant
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Maintien dans la communauté - Toutes clientèles**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Consolider et développer le soutien communautaire en logement social.

Indicateurs		**Point de départ[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
Nombre total d'unités d'habitation desservies		N/D	N/A	N/A
Nombre d'unités en :	PALV	N/D	N/A	N/A
	DI-TED	N/D	N/A	N/A
	Déficience physique	N/D	N/A	N/A
	Santé mentale	N/D	N/A	N/A
	Itinérance	N/D	N/A	N/A
	Dépendance	N/D	N/A	N/A

Commentaires	
Nom : Charles Lamontagne	**Date :** 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Maintien dans la communauté - Perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Développer des places d'hébergement non institutionnelles du type "projet novateur".

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de projets	N/A	N/A	N/A
Nombre de places d'hébergement	N/A	N/A	N/A

Commentaires

Nom : Linda Dieleman	**Date :** 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Maintien dans la communauté - Perte d'autonomie liée au vieillissement**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Soutenir les proches aidants.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de projets	9	9	10
Nombre de personnes desservies	113	113	160
Nombre d'heures de répit offertes	ND	ND	ND

Commentaires

Cette offre de service en Estrie est répartie entre quatre organismes communautaires et six des sept centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les cibles et les résultats indiqués reflètent uniquement l'offre de service des CSSS.

Résultats

L'offre de service est dans la phase de déploiement et connaît une croissance graduelle. À noter que les CSSS injectent des ressources financières supplémentaires au montant reçu.

Certains CSSS ont déployé beaucoup d'efforts pour développer l'offre de service aux proches. Dans certains territoires, la pression sur les services des CSSS et les demandes d'hébergement incitent ces derniers à investir pour soutenir les proches et maintenir les personnes en perte d'autonomie dans leur milieu. D'autres territoires ont opté pour intégrer cette offre de service aux orientations visées dans leur projet clinique. Peu à peu, des liens se tissent entre les CSSS et les organismes composant le réseau intégré.

Perspectives pour 2008-2009

L'offre de service aux proches devrait poursuivre sa progression, de sorte qu'un plus grand nombre de proches devraient recevoir un soutien. Au cours de l'année, nous souhaitons qu'un arrimage plus serré se tisse entre les CSSS, et les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale, pour desservir les aidants dans une perspective de réseau intégré. De plus, une offre de service plus étendue permettra à certains proches de bénéficier d'un répit entre sept et quatorze jours, dans le cadre d'une entente de services avec Baluchon Alzheimer.

Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 09 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**L'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Financer le coût de fonctionnement des nouvelles places d'hébergement en CHSLD.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de projets	N/A	N/A	N/A
Nombre de nouvelles places d'hébergement	N/A	N/A	N/A

Commentaires	
Nom : Denis Beaulieu	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne - Personnes handicapées**
Objectifs de résultats 2005-2010 :	Augmenter le taux horaire pour l'allocation directe.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Taux horaire	8 $	10 $	10 $

Commentaires
Les sept centres de santé et de services sociaux de la région ont confirmé à l'Agence le rehaussement à 10 $ du taux horaire du chèque-emploi-service.

Nom : Pierrette Turgeon	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – Déficience physique**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec.

Indicateurs		**Point de départ[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.4A	Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience motrice	63,90	63,90	61,4
1.4B	Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience visuelle	5,70	5,70	5,84
1.4C	Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience auditive	10,30	10,30	9,31
1.4D	Nombre moyen d'heures de prestation de services en déficience du langage et de la parole	29,50	29,50	25,31

Commentaires

Présentation des résultats :

Les résultats sont cohérents avec l'évolution de l'offre de service dans trois des quatre déficiences.

En effet, en déficience motrice et en déficience du langage, le recours aux formules de groupe, à l'accompagnement dès la référence et au meilleur maillage avec les ressources du milieu se sont traduits par une diminution des heures moyennes de prestation de service.

En déficience auditive, l'intervention auprès d'usagers présentant un profil théorique de besoins de deuxième ligne, qui ne s'est pas confirmé dans tous les cas, explique la diminution d'heures d'intervention puisque pour ceux-ci, l'intervention de réadaptation spécialisée fut de beaucoup diminuée, voire non pertinente. Cet exercice a permis de raffiner les critères de référence en première et en deuxième ligne, afin de minimiser les délais d'accès aux services spécialisés, le tout dans l'esprit de la révision du décret des aides auditives.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services spécialisés – Déficience intellectuelle**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Améliorer l'accès à des services d'adaptation et d'intégration social pour les usagers présentant une déficience intellectuelle.

Indicateurs		**Point de départ[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
1.5B	Nombre d'enfants de moins de 6 ans présentant une déficience intellectuelle, ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	27	Suivi	20
1.5C	Nombre moyen d'heures de prestation des services d'adaptation et d'intégration sociale par enfant	ND	Suivi	1,4
1.5D	Nombre de jeunes de 6 à 21 ans présentant une déficience intellectuelle, recevant un service d'adaptation et d'intégration sociale	143	172	170
1.5F	Nombre d'adultes de 22 ans et plus, présentant une déficience intellectuelle, ayant reçu un service d'adaptation et d'intégration sociale	783	813	877

Commentaires

L'offre de service aux jeunes et aux adultes s'est améliorée au cours de la dernière année. La mise en place du plan d'accès, prévu pour 2008-2009, permettra d'augmenter la disponibilité et la rapidité d'accès aux services pour les personnes présentant une déficience intellectuelle.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Accès aux services - Déficience intellectuelle (DI) et trouble envahissant du développement (TED)**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Mise en œuvre du plan d'accès en DI et TED.

Indicateurs	**Point de départ[1] 2006-2007**	**Cibles[2] 2007-2008**	**Résultats[3] 2007-2008**
Nombre d'établissements ayant désigné un responsable de la mise en œuvre du plan d'accès.	N/A	7	ND

Commentaires
Cette mesure a été reportée à l'an prochain, et ce, pour l'ensemble de la province.

Nom : André Brien	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - Jeunes en difficultés et leur famille

Objectifs de résultats 2005-2010:	Accroître les services de première ligne permettant le retour d'un enfant dans son milieu familial.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de parents recevant des services du centre de santé et de services sociaux (CSSS), alors que l'enfant est soumis à une durée maximale de placement.	0	N/A	6

Commentaires

En 2007-2008, six parents ont reçu des services des CSSS, alors que leur enfant était soumis à une durée maximale de placement.

Dans le but d'accroître le retour et aussi le maintien des enfants dans leur milieu familial, certains travaux ont tout de même été entrepris au cours de l'année, particulièrement pour faciliter les arrimages Centre Jeunesse/CSSS, dans le cadre de l'application de la nouvelle *Loi sur la protection de la jeunesse* (LPJ). Des formations conjointes sur la nouvelle LPJ ont été suivies, un plan d'action pour faciliter l'application de la nouvelle loi a été élaboré, et un groupe de travail a été mandaté afin d'implanter dans les CSSS une programmation en négligence assurant la complémentarité avec les services du Centre Jeunesse. L'issue du plan d'action et des travaux sur la programmation en négligence devrait ultérieurement avoir un impact positif sur le volume de clientèle desservie par les CSSS.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Service d'intervention en situation de crise - Jeunes en difficultés et leur famille**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Augmenter le nombre de famille bénéficiant d'un programme d'intervention immédiate et intensive en situation de crise.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de programmes d'intervention immédiate et intensive développés	0	N/A	0
Nombre d'usagers desservis par les programmes d'intervention immédiate et intensive	0	N/A	0

Commentaires

En 2007-2008, les centres de santé et de services sociaux de la région devaient développer un modèle régional de service d'intervention en situation de crise pour les jeunes en difficulté et leur famille. Pour développer ce modèle régional, un groupe de travail inter-établissements avait été mandaté, mais les difficultés de recrutement d'un chargé de projet pour coordonner ce chantier n'ont pas permis l'implantation du service. Les travaux sont donc reportés dans le cadre de la prochaine année financière.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de santé mentale en centre jeunesse - Jeunes en difficulté et leur famille**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Accroître les services de réadaptation spécialisés pour les jeunes présentant un trouble sévère de santé mentale.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de projets pour des services spécialisés en santé mentale pour des jeunes hébergés en unité de réadaptation	2	2	2
Nombre de jeunes hébergés en unité de réadaptation desservis par des services spécialisés en santé mentale	N/D	Suivis	40

Commentaires

Somme toute, en 2007-2008, quarante jeunes hébergés en unité de réadaptation ont reçu des services spécialisés en santé mentale.

Pour le projet du Centre Jeunesse de l'Estrie, quatorze jeunes ont bénéficié de services spécialisés en santé mentale. Le déploiement de ce programme a particulièrement progressé en cours d'année, avec l'embauche et la formation du personnel, de même qu'avec le développement de certains partenariats.

Quant au projet de la Villa Marie-Claire, le volume de clientèle ayant reçu des services spécialisés en santé mentale a été de 26 mères, ce qui représente près du trois quart du volume de leur clientèle.

Nom : Sandra Brassard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services de première ligne - Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Implanter ou consolider les équipes de première ligne en santé mentale dans les centres de santé et de services sociaux.

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les jeunes	30	37,5	11,3
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de première ligne en santé mentale pour les adultes			39,7
TOTAL	30	37,5	51,0

Commentaires
La cible a été dépassée.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Services d'intégration dans la communauté - Santé mentale**

Objectifs de résultats 2005-2010 :	Offrir une gamme de services dans la communauté pour les gens souffrant de troubles graves

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi d'intensité variable	13	16,4	18,9
Nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif	4	4,0	1,1
TOTAL	17	20,4	20

Commentaires

La cible pour le suivi d'intensité variable a été atteinte. La diminution du nombre d'ETC dédiés aux équipes de suivi intensif correspond en fait à la diminution de la clientèle au programme de réadaptaton, à la suite de leur transfert au programme de soutien d'intensité variable dans la communauté.

Le programme de suivi intensif dans le milieu démarrera dès que la clientèle sera complètement transférée.

Nom : Liane Savard	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Santé physique – Groupe de médecine familiale (GMF)**
Objectifs de résultats 2005-2010 :	Développer le réseau des GMF

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Nombre de GMF	9	12	10

Commentaires

Un dixième GMF a vu le jour au cours de l'année 2007-2008, soit le GMF des Sources qui a reçu son accréditation le 6 septembre 2007.

Deux autres projets de GMF sont actuellement en cours :

- Le projet GMF St-Vincent/Fleurimont qui devrait être déposé auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) au début de l'été. L'accréditation de ce projet est attendue vers janvier 2009.
- Le projet GMF Val-Saint-François est actuellement en phase préparatoire. Le projet pourrait être déposé auprès du MSSS au cours de l'automne prochain. L'accréditation est à venir au cours de l'hiver 2009.

Nom : Marie-France Fournier	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

Fiche de reddition de comptes

Axe :	**Santé physique- Ligne Info-Santé**
Objectifs de résultats 2005-2010 :	Mise en service du 811

Indicateurs	Point de départ[1] 2006-2007	Cibles[2] 2007-2008	Résultats[3] 2007-2008
Pourcentage d'appels répondus dans un délai de 4 minutes	N/D	90 %	64 %

Commentaires

La proportion d'appels répondus en moins de 4 minutes n'a été que de 64 %, de sorte que la cible 2007-2008 n'est pas atteinte.

Malgré l'allocation d'un budget de développement équivalent à 4,2 ETC pour la consolidation de l'équipe d'infirmières à la centrale Info-Santé/Info-Social et l'application de plusieurs mesures pour stabiliser les effectifs, la situation de la centrale demeure précaire. Celle-ci fait face à d'importants problèmes de recrutement et de rétention des nouvelles infirmières. L'objectif visé par l'ajout de personnel est de maintenir un ratio de 6 infirmières de jour, 6 infirmières de soir et 1 infirmière de nuit. Au 31 mars 2008, le ratio moyen était de 5,2 infirmières de jour, 4,6 infirmières de soir et 1 infirmière de nuit.

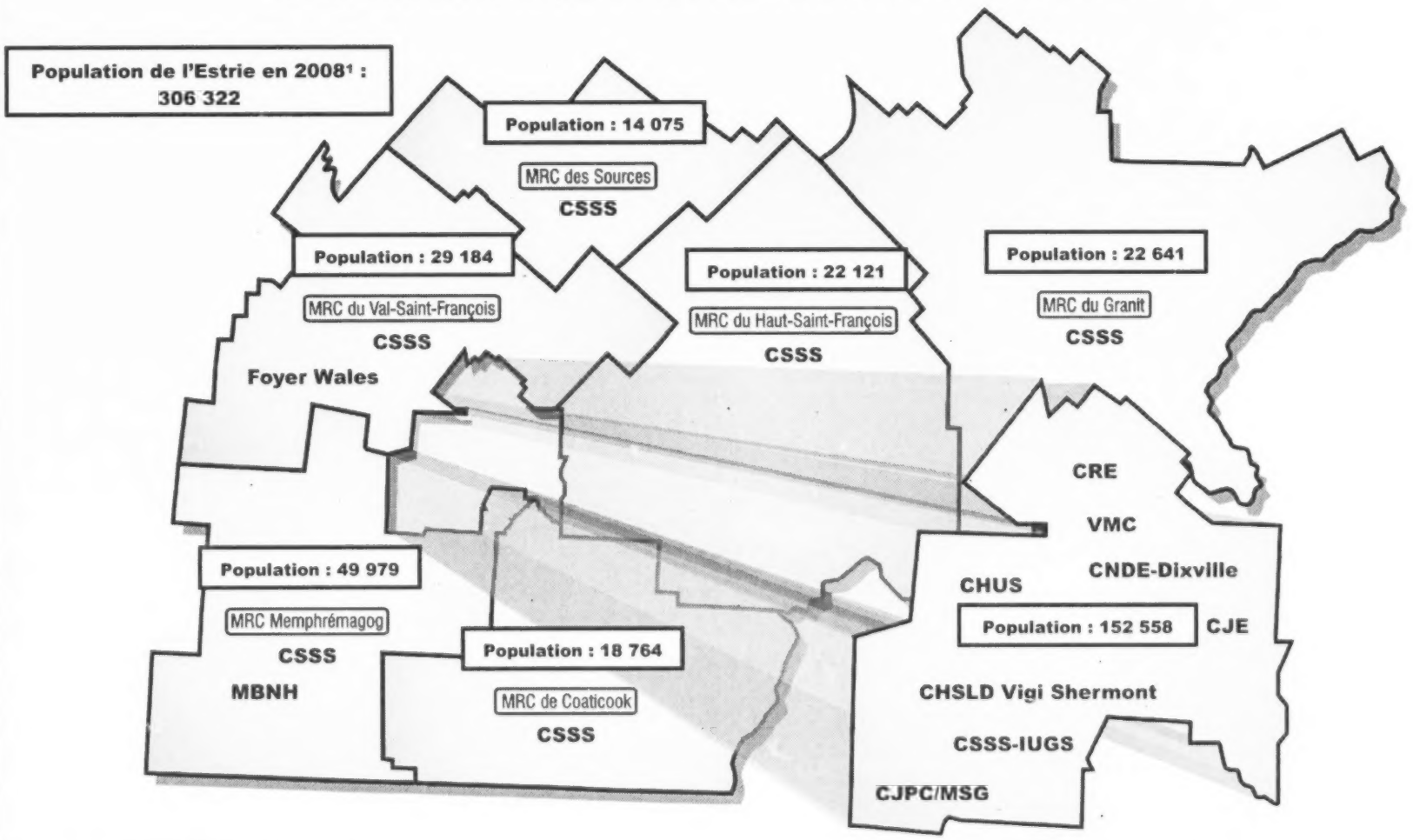
En conséquence, on observe une diminution de la performance de ce service par rapport à l'an dernier. L'objectif demeure l'augmentation du pourcentage de réponse en moins de 4 minutes, afin de se rapprocher de la cible ministérielle et de se préparer à l'augmentation du nombre d'appels anticipée avec la mise en place du numéro unique 8-1-1.

Nom : France Leblanc	**Date** : 30 mai 2008

[1] Point de départ tel qu'inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[2] Cibles correspondant à l'engagement déboursé inscrit à l'addenda de l'entente de gestion 2007-2008
[3] Résultats en date du 31 mars 2008

ANNEXE 4

Le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie



[1] **Source :** MSSS, Direction de la gestion de l'information, Service du développement de l'information, Projections de population corrigées pour le sous-dénombrement et les résidents non permanents basées sur le recensement de 2001, version octobre 2004 (découpage en vigueur le 1er janvier 2002).

Agence de la santé
et des services sociaux
de l'Estrie
Québec

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1
www.santeestrie.qc.ca/agence